

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN A LA
HIPERCOLESTEROLEMIA EN ADULTOS ATENDIDOS EN
EL PUESTO DE SALUD PUENTE PÉREZ – MARIANO
DAMASO BERAUN, TINGO MARÍA 2017.**

Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TESISTA

SIMÓN VENTURA, Janeth.

ASESOR

Lic. Enf. REYES PAREDES, Héctor Huido.

Huánuco - Perú

2018

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN A LA
HIPERCOLESTEROLEMIA EN ADULTOS ATENDIDOS EN EL
PUESTO DE SALUD PUENTE PÉREZ – MARIANO DAMASO
BERAÚN, TINGO MARÍA 2017.**



UNIVERSIDAD DE HUANUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las 10:00 horas del día 9 del mes de Noviembre del año dos mil dieciocho en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---|------------|
| • MG. JOSÉ LUIS, LOPEZ MARIANO | Presidente |
| • MG. DIANA KARINA, PALMA LOZANO | Secretaria |
| • LIC. ENFCARMEN MERINO GASTELU | VOCAL |
| • LIC. ENF. HÉCTOR HUILDO REYES PAREDES | ASESOR |

Nombrados mediante Resolución N°1738-2018-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado. **"FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN A LA HIPERCOLESTEROLEMIA EN ADULTOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD PUENTE PEREZ - MARIANO DAMASO BERAUN, TINGO MARÍA 2017"**. Presentada por la Bachiller en Enfermería., **Señorita Janeth SIMÓN VENTURA** Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a)..... aprobado por..... unanimidad con el calificativo cuantitativo de..... 15 y cualitativo de..... bueno

Siendo las,..... 11:00 Horas del día 9 del mes de noviembre del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTE



SECRETARIA



VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme la vida, su
inmenso amor y la fortaleza que me
permite vivir con fe y esperanza.

La Autora

AGRADECIMIENTOS

A través del presente informe de investigación deseo expresar mi sincera gratitud:

- A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy; por brindarme su apoyo incondicional y fortalecer mi corazón frente a las dificultades de la vida, siendo mi fortaleza espiritual para ser cada día una mejor persona.
- A mis amados padres, por su constante apoyo desinteresado; por ser mi guía y ejemplo a seguir.
- A la Universidad de Huánuco, sede Tingo María, y la Facultad de Ciencias de la Salud, por ser mi alma mater, donde me formé y culminé mi carrera profesional.
- A todos mis familiares y amigos, que de alguna u otra manera me apoyaron en la culminación del presente estudio de investigación.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xvi
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN	xviii

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del problema	05
1.2.1. Problema general	05
1.2.2. Problemas específicos	05
1.3. Objetivo general	05
1.4. Objetivos específicos	05
1.5. Justificación de la investigación	06
1.6. Limitaciones de la investigación	07
1.7. Viabilidad de la investigación	08

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación	09
2.2 Bases teóricas	17

2.2.1. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem	17
2.2.2. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender	18
2.2.3. Modelo de Determinantes de la Salud	19
2.3 Definiciones conceptuales	20
2.3.1. Aspectos generales de la hipercolesterolemia	20
2.3.2. Causas de la hipercolesterolemia	20
2.3.3. Diagnóstico de la hipercolesterolemia	21
2.3.4. Tratamiento de la hipercolesterolemia	22
2.3.5. Factores de riesgo de la hipercolesterolemia	22
2.4 Hipótesis	30
2.5 Variables	31
2.5.1. Variable dependiente.	31
2.5.2. Variable independiente	31
2.6 Operacionalización de variables	32

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de estudio	34
3.1.1. Enfoque	34
3.1.2. Alcance o nivel	35
3.1.3. Diseño	35
3.2 Población y muestra	36
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
3.3.1. Para la recolección de datos	36
3.3.2. Para la presentación de datos.	41
3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos	44

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos.	47
4.2. Contrastación y prueba de hipótesis	79

CAPÍTULO V

5. DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. Contrastación de resultados	87
Conclusiones	94
Recomendaciones	95
Referencias Bibliográficas	96
Anexos	103
Instrumentos de recolección de datos	104
Consentimiento informado	110
Constancias de validación	113
Oficio institucional de autorización para ejecución de investigación	118
Matriz de consistencia	119

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 01.	Edad en años de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	47
Tabla 02.	Sexo de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	48
Tabla 03.	Estado civil de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	49
Tabla 04.	Grado de escolaridad de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	50
Tabla 05.	Ocupación de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	51
Tabla 06.	Ingreso económico mensual de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017	52
Tabla 07.	Antecedentes familiares de patologías cardiovasculares en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	53
Tabla 08.	Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	54

Tabla 09.	Diagnóstico de Diabetes Mellitus en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	57
Tabla 10.	Antecedentes familiares de Hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	58
Tabla 11.	Consumo de alimentos ricos carbohidratos en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	60
Tabla 12.	Consumo de carnes rojas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	62
Tabla 13.	Consumo de frutas y verduras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	64
Tabla 14.	Consumo de comidas ricas en grasas y frituras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	66
Tabla 15.	Consumo de bebidas gaseosas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	68
Tabla 16.	Actividad física en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	70
Tabla 17.	Consumo de bebidas alcohólicas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	72
Tabla 18.	Consumo de cigarros en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	74

Tabla 19.	Estado nutricional de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	76
Tabla 20.	Perímetro abdominal de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	77
Tabla 21.	Diagnóstico de hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	78
Tabla 22.	Factores de riesgo sociodemográficos que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	79
Tabla 23.	Factores de riesgo modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	81
Tabla 24.	Factores de riesgo no modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 01. Distribución según edad de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	47
Gráfico 02. Distribución según sexo de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	48
Gráfico 03. Distribución según estado civil de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	49
Gráfico 04. Distribución según Grado de escolaridad de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	50
Gráfico 05. Ocupación de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	51
Gráfico 06. Distribución según ingreso económico mensual de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017	52
Gráfico 07. Distribución según antecedentes familiares de patologías cardiovasculares en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	53
Gráfico 08. Distribución según tipo de patología cardiovascular presentada en los familiares de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	54

Gráfico 09.	Distribución según antecedentes familiares con Diabetes Mellitus en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	55
Gráfico 10.	Distribución según familiares con Diabetes Mellitus en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	56
Gráfico 11.	Distribución según diagnóstico de Diabetes Mellitus en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	57
Gráfico 12.	Distribución según antecedentes familiares con hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	58
Gráfico 13.	Distribución según familiares con Hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	59
Gráfico 14.	Distribución según consumo de carbohidratos en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	60
Gráfico 15.	Distribución según frecuencia de consumo de carbohidratos en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	61
Gráfico 16.	Distribución según consumo de carnes rojas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	62

Gráfico 17.	Distribución según frecuencia de consumo de carnes rojas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	63
Gráfico 18.	Distribución según consumo de frutas y verduras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	64
Gráfico 19.	Distribución según frecuencia de consumo de frutas y verduras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	65
Gráfico 20.	Distribución según consumo de grasas y frituras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	66
Gráfico 21.	Distribución según frecuencia de consumo de grasas y frituras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	67
Gráfico 22.	Distribución según consumo de bebidas gaseosas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	68
Gráfico 23.	Distribución según frecuencia de consumo de bebidas gaseosas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	69
Gráfico 24.	Distribución según actividad física en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	70
Gráfico 25.	Distribución según frecuencia de actividad física en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	71

Gráfico 26.	Distribución según tiempo de actividad física en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	71
Gráfico 27.	Distribución según consumo de bebidas alcohólicas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	72
Gráfico 28.	Distribución según frecuencia de consumo de bebidas gaseosas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	73
Gráfico 29.	Distribución según consumo de cigarros en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	74
Gráfico 30.	Distribución según frecuencia de consumo de cigarros en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	75
Gráfico 31.	Distribución según frecuencia de consumo de cigarros en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	76
Gráfico 32.	Distribución según perímetro abdominal en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	77
Gráfico 33.	Distribución según diagnóstico de hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	78

RESUMEN

Objetivo general: Determinar los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Métodos: Se realizó un estudio analítico, con diseño correlacional en 60 adultos, utilizando un cuestionario de factores de riesgo y una ficha de valoración de hipercolesterolemia en la recolección de datos; en el análisis inferencial se utilizó la prueba del Chi Cuadrado con una significancia estadística $p \leq 0,05$.

Resultados: El 41,7% de adultos presentaron hipercolesterolemia. Respecto a los factores de riesgo sociodemográficos, los factores que influyeron en la hipercolesterolemia fueron ser mayor de 50 años ($p < 0,040$) y no tener pareja ($p < 0,023$). En cuanto a los factores de riesgo no modificables, los que influyeron en la hipercolesterolemia fueron tener antecedentes familiares con patologías cardiovasculares ($p < 0,042$) y con Diabetes Mellitus ($p < 0,017$). Y en relación a los factores de riesgo modificables, los que influyeron en la hipercolesterolemia fueron: consumo de carbohidratos ($p < 0,002$), consumo de carnes rojas ($p < 0,005$), consumo de grasas y frituras ($p < 0,009$), consumo de gaseosas ($p < 0,006$), sedentarismo ($p < 0,008$), consumo de cigarros ($p < 0,023$), tener sobrepeso u obesidad ($p < 0,010$) y tener perímetro abdominal elevado ($p < 0,003$).

Conclusiones: Los factores de riesgo sociodemográficos, modificables y no modificables influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio; por ello se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

Palabras clave: Factores de riesgo, Hipercolesterolemia, adultos.

ABSTRACT

General objective: To determine the factors of risk that influence the hipercolesterolemia adults attended in the Position of Health Bridge Perez - Mariano Dámaso Beraún, Tingo Maria 2017.

Methods: An analytical study was realized, with design correlational in 60 adults, using a questionnaire of factors of risk and a card of valuation of hypercholesterolemia in the compilation of information; in the analysis inferential the test of the Chi Cuadrado's was in use with a statistical significance $p = 0,05$. $p \leq 0,05$.

Results: The 41,7 % of adults presented hypercholesterolemia. With regard to the factors of risk sociodemográficos, the factors that influenced the hypercholesterolemia were a 50-year-old major being ($p < 0,040$) and not to have pair ($p < 0,023$). As for the not modifiable factors of risk, which influenced the hypercholesterolemia they were to have familiar precedents with cardiovascular pathologies ($p < 0,042$) and with Diabetes Mellitus ($p < 0,017$). And in relation to the modifiable factors of risk, which influenced the hypercholesterolemia they went: consumption of carbohydrates ($p < 0,002$), I consume of red meats ($p < 0,005$), I consume of fats and fritters ($p < 0,009$), consume of sodas ($p < 0,006$), sedentarismo ($p < 0,008$), consume of cigars ($p < 0,023$), to have overweight or obesity ($p < 0,010$) and to have abdominal high perimeter ($p < 0,003$).

Conclusions: The factors of risk sociodemográficos, modifiable and not modifiable they influence the hypercholesterolemia the adults study; by it the void hypothesis is rejected and the hypothesis of investigation is accepted.

Key words: *Factors of risk, Hypercholesterolemia, adults...*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la mayoría de países del mundo se encuentran atravesando por un proceso de cambios sociodemográficos, impulsado por la urbanización de las ciudades, el envejecimiento de la población y la modificación de los estilos de vida; que ha ocasionado un incremento alarmante en la incidencia y prevalencia de casos de enfermedades cardiovasculares, por lo que se constituyen en una de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial⁽¹⁾.

En este contexto, la hipercolesterolemia es considerada como el factor de riesgo cardiovascular más frecuente para el desarrollo de las patologías cardiovasculares, siendo definida como el incremento de los niveles de colesterol en sangre por encima de los parámetros normales, que afecta entre el 40% y 60% de la población adulta y que causa más de 4 millones de muertes anuales en todo el mundo⁽²⁾.

En el Perú como en la mayoría de países en desarrollo, la hipercolesterolemia tiene etiología multifactorial y se encuentra condicionada por la presencia de diversos factores de riesgo, de tipo modificable y no modificable, como la herencia, dieta, estilos de vida, comorbilidades asociadas, entre otros factores; que influyen para que esta patología tenga una elevada prevalencia a nivel nacional⁽³⁾.

Por ello, la investigación titulada “Factores de riesgo que influyen a la hipercolesterolemia en adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017”, se realizó con el objetivo principal de determinar los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos participantes del estudio, para que

mediante los resultados obtenidos en esta investigación se puedan cuáles son los factores de riesgo, que en mayor proporción, se asocian de manera significativa a la presencia de hipercolesterolemia en los grupos poblaciones vulnerables; y en base a ello, se puedan formular, diseñar e implementar programas preventivos promocionales desde el enfoque de educación en salud orientadas a promover los estilos de vida saludables como aspecto fundamental en la prevención y tratamiento de la hipercolesterolemia y otras patologías cardiovasculares en el contexto de la salud pública.

En consecuencia, el presente estudio de investigación se encuentra dividido en cinco capítulos. El primer capítulo comprende la descripción del problema y su formulación; así como también los objetivos, justificación, alcances y limitaciones de la investigación

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico que da sustento a la investigación, donde se incluyen los antecedentes del estudio, las bases teóricas, definiciones conceptuales, las hipótesis, variables y la operacionalización de las variables.

El tercer capítulo se da a conocer la metodología de la investigación, donde se incluye el tipo y diseño de estudio, la población, muestra, y las técnicas e instrumentos de recolección de datos,

En el cuarto capítulo se presenta el procesamiento de los resultados y la prueba de hipótesis; y en el quinto capítulo se evidencia la discusión de los resultados obtenidos. Por último, se muestran las conclusiones y recomendaciones; incluyendo las referencias bibliográficas y anexos.

La Autora

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁴⁾, las enfermedades cardiovasculares constituyen el conjunto de patologías que afectan el sistema cardiovascular, y que actualmente representan la primera causa de morbilidad a nivel mundial; señalando además que en el año 2016 murieron 17,9 millones de personas por este tipo de enfermedades, y estimando que en el año 2030 más de 23,6 millones de personas fallecerán por alguna enfermedad cardiovascular.

En América Latina, la realidad es similar, pues según reportes estadísticos citados por Bustinza en el año 2016, las patologías cardiovasculares son consideradas un alarmante problema de salud pública, pues representan el 31% del total de defunciones en este continente; y en el Perú, este tipo de enfermedades se presentan en el 41% de la población de 30 a 69 años, representando la tercera causa de morbilidad a nivel nacional ⁽⁵⁾.

Las altas tasas de prevalencia de estas enfermedades son derivadas del complejo proceso de transición demográfica y epidemiológica mundial, la creciente urbanización de las ciudades; y la presencia de factores de riesgo de tipo modificables como la hipercolesterolemia; que en la actualidad, es considerada el principal factor de riesgo cardiovascular para el desarrollo de diversas patologías cardiovasculares⁽⁶⁾.

Según la Sociedad Española de Arteriosclerosis⁽⁷⁾, la hipercolesterolemia constituye un trastorno de tipo metabólico, que se caracteriza por el aumento de los niveles de colesterol en sangre por encima de los valores normales; causado por anomalías en los niveles de lipoproteínas que contribuyen al desarrollo y presencia de diversas patologías cardiovasculares.

Respecto a la magnitud de esta problemática, según datos estadísticos publicados por la OMS⁽⁸⁾ en el 2017, reportaron que la prevalencia de hipercolesterolemia a nivel mundial fue de 39%; y que a su vez, el 54% de la población de Europa, 51% de América, 29% de Asia y 22% de África presentaba esta alteración metabólica.

En el Perú, según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁽⁹⁾, la prevalencia de hipercolesterolemia en el año 2016 fue del 32,0% en la población mayor de 30 años; siendo mayor la prevalencia en mujeres (21,6%) que en varones (17,5%).

Por su parte, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014, evidenciaron el autoreporte de la hipercolesterolemia, estableciendo que el 53,3% de la población peruana presentó hipercolesterolemia, el 32,9% presentó HDL bajo, el 50,4% HDL normal y 16,7% HDL deseable, y que en comparación con el año 2012, la población con hipercolesterolemia se incrementó en un 1,1 puntos porcentuales⁽¹⁰⁾.

En Huánuco, según un estudio realizado por Moncada⁽¹¹⁾, identificó que las patologías que tuvieron mayor prevalencia fueron la artrosis (48,72%), la hipercolesterolemia (34,19%) y la hipertensión

arterial (7,69%); identificándose que las dislipidemias ocuparon el segundo lugar en las tasas de prevalencia; y del mismo modo, en la ciudad de Tingo María se ha identificado que la problemática de la hipercolesterolemia se presenta en porcentajes similares en los adultos que se atienden en los establecimientos de salud de esta jurisdicción.

Por ello, es conveniente mencionar que la hipercolesterolemia constituye una problemática de etiología multifactorial, que es causada por los cambios en los estilos de vida y los deficientes hábitos alimenticios; y también por la interacción de factores de riesgo de tipo genéticos y ambientales; que predisponen para su elevada prevalencia en los grupos poblacionales de riesgo⁽¹²⁾.

Según Evans⁽¹³⁾, un factor de riesgo constituye aquella característica que tiene una persona y que incrementa significativamente la probabilidad de presentar una determinada patología en alguna etapa de su vida.

En cuanto a la hipercolesterolemia, Palacios⁽¹⁴⁾ señala que existen factores de riesgo de tipo sociodemográficos (edad, sexo, etc.); modificables (actividad física, hábitos alimenticios, obesidad, etc.) y no modificables (antecedentes de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, etc), que influyen para que la hipercolesterolemia tenga altas tasa de prevalencia en la mayoría de países del mundo.

Al respecto un estudio realizado en Colombia en el 2014, identificó que los factores de riesgo que influyeron en la hipercolesterolemia fueron la deficiente actividad física (56,6%), la obesidad central (52,7 %) y el tabaquismo (19,0%)⁽¹⁵⁾.

En el Perú, un estudio realizado en Iquitos en el 2017, evidenció que los factores de riesgo que se asociaron a la hipercolesterolemia fueron ser del sexo masculino (52,9%), el sedentarismo (73,1%), hábitos alimenticios no saludables (43,5%), tabaquismo (16,3%) y obesidad (14,7%)⁽¹⁶⁾.

Otra investigación realizada en Lima en el 2014, identificó que los factores de riesgo que influyeron en el desarrollo de hipercolesterolemia fueron tener diabetes mellitus (38,3%), obesidad (25,4%) y la hipertrigliceridemia (54,2%)⁽¹⁷⁾.

Las consecuencias de esta problemática se manifiestan en que si la hipercolesterolemia no es tratada de manera oportuna, va a dar origen a la aterosclerosis como complicación cardiovascular inmediata, incrementando el riesgo de padecer de cardiopatías, accidentes cerebro vasculares y muertes por infarto agudo de miocardio⁽¹⁸⁾.

Como medida de afrontamiento de esta problemática, el Ministerio de Salud en el año 2013, ha implementado la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no Transmisibles, donde mediante la priorización de los lineamientos de fortalecimiento de la atención primaria y potencialización de las estrategias de intervención en salud; orientadas a promover la prevención de la hipercolesterolemia en el ámbito de la salud pública⁽¹⁹⁾.

Por ello, se realiza el estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

1.2. Formulación del problema:

1.2.1. Problema general:

- ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo no modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio?

1.3. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

1.4. Objetivos específicos:

- Analizar los factores de riesgo sociodemográficos que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.
- Identificar los factores de riesgo no modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.
- Conocer los factores de riesgo modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

1.5. Justificación de la investigación.

1.5.1. A nivel teórico.

La investigación se justifica en el contexto teórico porque en nuestro país a pesar de la información conocida en los medios de comunicación y en los centros asistenciales de salud públicos y privados percibimos que las tasas de prevalencia de hipercolesterolemia continúan siendo elevadas; a pesar que este desorden metabólico se puede controlar incidiendo en los factores que de riesgo que influyen en el desarrollo de la hipercolesterolemia, por lo que la ejecución del presente estudio fue muy importante porque nos permite conocer y determinar los factores que influyen al incremento de la Hipercolesterolemia como problemática de salud pública en el contexto local, nacional e internacional..

Asimismo el presente estudio se justifica teóricamente debido a que mediante los resultados obtenidos se pudieron contrastar los principios y postulados teóricos establecidos en la “Teoría de autocuidado”, el “Modelo de determinantes de la Salud” y el “Modelo de Promoción de la Salud de Pender”; con la realidad evidenciada en la investigación; permitiendo complementar la información teórica que se tiene respecto a la problemática en estudio.

1.5.2. A nivel práctico.

El estudio pertenece a la línea de investigación: “Salud Colectiva”, y se justifica en el contexto práctico porque los resultados de esta investigación constituyen un aspecto valioso para la implementación de estrategias de intervención orientadas a promover

la prevención de la hipercolesterolemia, contribuyendo también a evaluar la realidad de los usuarios adultos que acuden a los establecimientos de salud, permitiendo conocer aspectos básicos de la dinámica respecto a la situación actual de la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez del distrito de Mariano Dámaso Beraún durante el periodo de estudio.

1.5.3. A nivel metodológico.

El estudio se justifica metodológicamente porque los instrumentos para la recolección de datos constituyen un aporte más para otras investigaciones relacionadas al tema en estudio o afines, que fueron sometidos a pruebas de validación de tipo cuantitativas y cualitativas para realizar una mejor identificación de las variables estudiadas; asimismo la presente investigación se constituye en una metodología a seguir en la atención integral a los adultos de nuestro ámbito geográfico, pudiendo inclusive ser una guía de referencias para trabajos de investigación afines a la problemática estudiada.

1.6. Limitaciones de la investigación.

Las limitaciones que se identificaron en el presente estudio de investigación estuvieron relacionados fundamentalmente con el acceso al ámbito de estudio; pues a pesar de que se contó con la autorización expedida por la directora de la Red de Salud Leoncio Prado y del jefe del Puesto de Salud Puente Pérez para realizar el proceso de recolección de datos, algunas personas se negaron a participar de la investigación aduciendo que no disponían de tiempo para contestar las preguntas planteadas debido factores familiares y laborales; por lo que

se tuvo que identificar otros pobladores para completar la muestra requerida en el estudio.

Otra limitante que se identificó en esta investigación deriva del diseño transversal de la investigación, pues los resultados obtenidos solo pueden ser inferencializados en poblaciones que presenten características similares a la muestra estudiada; por otro lado no se tuvieron mayores limitaciones en el estudio de investigación

1.7. Viabilidad de la investigación.

Respecto a los recursos financieros, el estudio fue viable operativamente porque los gastos derivados de la ejecución del presente trabajo investigativo fueron solventados de manera integral por la investigadora responsable de la investigación según lo establecido en el presupuesto formulado en la planificación del estudio de investigación.

En cuanto a los recursos humanos, la investigación fue viable porque se contó con el potencial humano necesario para ejecutar cada una de las fases del estudio de investigación, contando con el apoyo de asesores estadísticos, metodológicos, encuestadores, otros profesionales especialistas en el procesamiento de los resultados evidenciados en esta investigación.

Y por último, en relación a los recursos materiales, el estudio fue viable porque se contaron con todos los materiales logísticos necesarios (instrumentos de investigación, consentimiento informados, fotochecks, lapiceros, carpetas encuestadores, etc.) para ejecutar de manera adecuada el presente estudio de investigación.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

A nivel internacional.

En Argentina, 2016, Robledo y Siccardi⁽²⁰⁾ ejecutaron el estudio titulado: “Relación entre factores genéticos y medioambientales y la hipercolesterolemia en niños”; con el objetivo de analizar la relación que existe entre los factores genéticos y ambientales y la hipercolesterolemia en niños. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo analítico, prospectivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada 382 alumnos utilizando la historia clínica familiar y una encuesta en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que la media de colesterolemia fue de 168 mg/dl; de los cuales, el 13,4% presentaron hipercolesterolemia; el sedentarismo fue del 22,8%, y la obesidad, del 10,5%. Respecto a la historia clínica familiar positiva, encontraron que el nivel socioeconómico alto y la obesidad se asociaron con la hipercolesterolemia; y no se encontró asociación entre actividad física e ingesta de grasas y colesterol e hipercolesterolemia. La historia clínica familiar positiva y el nivel socioeconómico mediano mostraron sensibilidad (75% y 88%) para predecir hipercolesterolemia. Por otro lado, la hipercolesterolemia de ambos padres se relacionó significativamente con la hipercolesterolemia en los niños. Concluyendo que la historia clínica familiar positiva y el

nivel socioeconómico se asociaron de manera significativa con la hipercolesterolemia en los niños en estudio.

En México, 2014, Escobedo, De Jesús, Schargrodsky y Champagne⁽²¹⁾ realizaron el estudio titulado: “Prevalencia de dislipidemias en la ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Resultados del estudio Carmela”; con el objetivo de estimar la prevalencia de dislipidemias en la ciudad de México y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular. La investigación fue de tipo descriptiva, analítica, observacional, prospectiva de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 833 varones y 889 mujeres, utilizando una guía de observación y un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que la prevalencia de hipercolesterolemia fue de 16,4% en los varones y 34,1% en las mujeres; el 29,9% presentó valores altos de triglicéridos; la prevalencia de hipertrigliceridemia fue mayor en hombres (43.3%) que en mujeres (23%). En general, los valores promedio de los parámetros estudiados fueron mayores en los sujetos que presentaron otros factores de riesgo cardiovascular. Concluyendo que los niveles de lípidos en la población fueron elevados, urgiendo la implementación de políticas de salud orientadas a disminuir los factores de riesgo cardiovascular en el desarrollo de la hipercolesterolemia.

En Paraguay, 2013, Montiel⁽²²⁾ ejecutó el estudio de investigación titulado “Prevalencia de colesterol HDL-bajo asociado a otros factores de riesgo cardiovascular en una población adulta en la

Policlínica del Hospital Central del Instituto de Previsión Central” Paraguay, 2013.”; con el objetivo de determinar la prevalencia del c-HDL-bajo en una población adulta y su asociación a otros factores de riesgo cardiovascular. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal; la muestra estuvo conformada por 110 adultos, utilizando un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que la frecuencia del c-HDL bajo fue del 48%; la mitad de los pacientes presentaban hipercolesterolemia; predominando el sobrepeso y la obesidad sobre el peso normal; el 95% de los pacientes fueron sedentarios. Hubo un bajo porcentaje de intolerantes a la glucosa y elevado de hipertensos no controlados. Concluyendo que el grupo con c-HDL bajo estuvo asociado a factores de riesgo como: sexo masculino, sobrepeso u obesidad, sedentarismo, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipertensión arterial.

A nivel nacional.

En Iquitos, 2017, Arroyo⁽²³⁾ realizó el estudio titulado: “Prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en adultos jóvenes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos – Perú”; con el objetivo de determinar los factores de riesgo cardiovasculares en los adultos jóvenes en estudio. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal, con diseño no experimental; la muestra estuvo conformada por 104 jóvenes utilizando una guía de observación y un cuestionario en la

recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que de los estudiantes evaluados 52,9% (55) pertenecían al sexo masculino y 47,1% (49) al sexo femenino, cuyas edad comprendían edades entre los 21 y 24 años de edad. El factor de riesgo más frecuente fue el sedentarismo (73,1%), seguido de dieta mediterránea de baja calidad (37,5%) y tabaquismo en el último mes (16,3%); asimismo identificó que el 26,9% presentó sobrepeso y 10,7% obesidad; el 3,9% presentó hipertensión arterial y el antecedente patológico familiar cardiovascular predominante en los estudiante fue la hipertensión arterial (51%). Concluyendo que los adultos jóvenes presentan factores de riesgo que los predisponen para el desarrollo de patologías cardiovasculares como la hipercolesterolemia.

En Lima, 2017, Gómez y Sevillano⁽²⁴⁾ realizaron el estudio titulado: “Malos hábitos alimenticios y su influencia en hiperglucemia e hipercolesterolemia en los comerciantes de un mercado del distrito de San Juan de Lurigancho - Julio 2017”; con el objetivo de determinar los malos hábitos alimenticios y su influencia en la hiperglucemia e hipercolesterolemia. El estudio fue de tipo observacional descriptivo, transversal, prospectiva; con diseño correlacional. La muestra estuvo conformada por 120 comerciantes, utilizando una encuesta en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 43% de encuestados presentaron hiperglicemia, 37% tuvo hipercolesterolemia; respecto a los hábitos alimenticios, identificaron que el 33% de comerciantes

tuvieron malos hábitos alimenticios, el 39% consumía alimentos muy condimentados, 38% consumía carnes rojas, solo un 20% consumía frutas y verduras. Concluyendo que los malos hábitos alimenticios se correlacionaron de manera inversa con la hiperglicemia y la hipercolesterolemia; es decir que a medida que mejoran los hábitos alimenticios disminuyen los niveles de glucosa y colesterol.

En Huancayo, 2017, Torre⁽²⁵⁾ presentó el estudio titulado: “Prevalencia de hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia en un Centro de Salud a 3200 msnm”; con el objetivo de determinar la prevalencia de hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia en el Centro de Salud de Huayucachi. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo; la muestra estuvo conformada por 406 pobladores que acudieron al establecimiento de salud, utilizando una ficha de análisis documental en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que la prevalencia de hipertrigliceridemia fue del 53,0% y de hipercolesterolemia fue 29,8%, con predominio de las mujeres en un 57,9%. Asimismo encontró relación estadísticamente significativa entre la hipertrigliceridemia y la obesidad ($p < 0,001$); también identificó relación significativa entre la hipercolesterolemia y la obesidad ($p < 0,001$); y por último evidenció que la obesidad abdominal tuvo relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia. Concluyendo que la prevalencia de hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia fue elevada, y que además existe relación entre

la obesidad y ambos parámetros anormales de laboratorio en la muestra en estudio.

En Puno, 2016, Bustinza⁽²⁶⁾ presentó la investigación titulada: “Factores predisponentes de enfermedades cardiovasculares en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, Enero – Abril 2014”; con el objetivo de determinar los factores predisponentes de enfermedades cardiovasculares en estudiantes universitarios. El estudio fue de tipo descriptivo analítico, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 60 estudiantes universitarios, utilizando el método bioquímico para determinar el perfil lipídico; y la aplicación de un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que respecto al sexo femenino, el 60% tuvo un estado nutricional normal y 23% presentó sobrepeso; en cuanto al sexo masculino, 70% tuvo estado nutricional normal y 20% obesidad; 55% presentó un índice de cintura cadera normal; el 30% presentó un riesgo alto de enfermedad cardiovascular; 21,7% tuvo hipercolesterolemia; 11,7% presentó hipertrigliceridemia; 53,3% evidenció tener un consumo elevado de carbohidratos; 23,3% consumía carnes rojas en exceso; 13,4% consumía lípidos en elevadas cantidades, 25% practicaba el sedentarismo; 28,3% consumía bebidas alcohólicas; 23,3% fumaba cigarros y un 10% presentó antecedente de familiares con riesgo cardiovascular. Concluyendo que los estudiantes universitarios presentaron factores de riesgo para el desarrollo de patologías cardiovasculares en alguna etapa de su vida.

En Lima, 2014, Adrianzen y Villegas⁽²⁷⁾ realizaron el estudio titulado: “Descripción de los factores de riesgo cardiovascular modificables (obesidad, obesidad abdominal e hipercolesterolemia) de pacientes adultos del consultorio de nutrición del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI)”; con el objetivo de describir los factores de riesgo cardiovascular modificables en los pacientes en estudio. La investigación fue de tipo descriptiva, observacional, prospectiva, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 240 pacientes utilizando un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que El 78,8% fue de sexo femenino y el 21,3% de sexo masculino. La edad promedio de los pacientes fue de 57 años. La frecuencia de los factores de riesgo al momento del estudio fueron los siguientes: el 54,2% tuvo hipertrigliceridemia, el 53,3% hipercolesterolemia, el 32,9% HDL bajo, el 50,4% HDL normal y 16,7% HDL deseable, el 55% LDL elevado, el 33,8% VLDL elevado. El 38.8% tenía diabetes mellitus. El 25,4% fueron pacientes obesos y el 70.8% tuvo un perímetro abdominal elevado; el 22,1% tuvo cinco factores y el 21,3% tuvo 3 factores de riesgo. Concluyendo que los pacientes evaluados presentaron factores de riesgo cardiovascular modificables al momento de ser derivados al consultorio de Nutrición.

A nivel local

En Tingo María, 2017, Cárdenas ⁽²⁸⁾ presentó el estudio titulado: “Factores asociados a la descompensación del adulto mayor hipertenso atendido en el Programa del Adulto Mayor Hospital Tingo

María de Julio a Setiembre 2016”; con el objetivo de determinar los factores asociados a la descompensación de los adultos mayores hipertensos. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal; la muestra fue de 50 pacientes, utilizando un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que se observó en mayor porcentaje el sexo femenino (70%); la edad entre 64 a 67 años (34%); procedentes de la zona urbana (66%); con un grado nivel secundaria (66%); un nivel económico menor de S/.300 (52%); consumían 5 a más unidades de pan al día (46%); consumían aceite común en sus preparaciones (92%) y consumo de poco sal (60%); los pacientes realizaban caminata 1 vez por semana (64%), no consumen cigarrillo (82%) y no consumen bebidas alcohólicas (90%), asimismo los pacientes presentaron sobrepeso (40%), no presentaron diabetes mellitus (60%) y presentaron descompensación de la presión arterial mayor o igual a 140/90mmHg (62%). Concluyendo que los factores asociados a la descompensación del adulto mayor fueron la falta de actividad física, el consumo de carbohidratos y la obesidad.

En Huánuco, 2017, Carbajal⁽²⁹⁾ presentó el estudio titulado: “Relación entre los factores hereditarios y la hipertensión arterial en adultos de 30 – 60 años que acuden al Programa de Hipertensión del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2016”; con el objetivo de determinar la relación entre los factores hereditarios con el desarrollo de hipertensión arterial de los adultos de 30 a 60 años. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional; la muestra estuvo

conformada por 207 adultos mayores, empleando un cuestionario y una ficha de análisis documental en la recolección de datos. Los resultados que encontró fueron que el 63,3% de encuestados presentaron factores hereditarios y hipertensión arterial, por otro lado los factores hereditarios de los padres y de los abuelos se relacionaron significativamente con el desarrollo de hipertensión arterial. Concluyendo que los factores hereditarios se relacionan con el desarrollo de hipertensión arterial en los adultos participantes del estudio de investigación.

2.2. Bases Teóricas.

2.2.1. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

Para Orem⁽³⁰⁾ el ser humano es un organismo biológico, psicológico, que se encuentra en constante interacción con su medio, al que está sometido; y donde tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás; donde la salud representa un estado que significa integridad estructural y funcional que se consigue por medio de acciones universales llamadas autocuidados.

Según este modelo teórico, el autocuidado es una necesidad humana que constituye toda acción que el ser humano realiza a través de sus valores, creencias, etc. con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar; refiriendo además que son acciones deliberadas que requieren de aprendizaje; y que cuando la persona no puede por sí misma llevar a cabo estas acciones, ya sea por limitación o por

incapacidad, se produce una situación de dependencia de los autocuidados ⁽³¹⁾.

Esta teoría se relaciona con el presente estudio pues el autocuidado constituye un aspecto trascendental en la prevención y tratamiento de la hipercolesterolemia.

2.2.2. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Pender⁽³²⁾ en este modelo teórico establece que las personas presentan diversos factores cognitivos – conductuales que son modificados por diversas características personales y sociales, que permiten la participación en conductas promotoras de salud, dando como resultado la adopción de estilos de vida y entornos saludables para el pleno desarrollo de sus potencialidades humanas.

El modelo sustenta su enfoque teórico en la educación sanitaria de las personas sobre su manera de cuidarse y llevar una vida saludable; permitiendo la adopción de conductas saludables orientadas a sensibilizar a la población en general sobre la importancia de la promoción de la salud en la prevención de diversas patologías y el acceso de la población a una mejor calidad de vida⁽³³⁾.

Esta teoría se relaciona con este estudio pues permite identificar de manera adecuada los factores de riesgo asociados a la hipercolesterolemia, y mediante ello, se puedan proponer medidas de intervención encaminadas al abordaje de esta problemática.

2.2.3. Modelo de Determinantes de la Salud.

Según Marc Lalonde⁽³⁴⁾, la salud se encuentra influenciados por diversas características personales, situacionales y ambientales agrupados en cuatro determinantes de la salud, que se caracterizan porque son modificables y que actúan de forma independiente; pero cuando existe cierto grado de interacción entre ellas, se producen diversas patologías; estableciéndose que al controlar sus efectos se reduce de manera significativa la probabilidad de enfermar y morir. Las determinantes de la salud propuestos por Lalonde son:

- a) **La biología humana**, que depende de los factores genéticos, hereditarios y del proceso de envejecimiento de una persona.
- b) **Los estilos de vida**, donde se incluyen los hábitos relacionados al sedentarismo, la alimentación, el estrés, y la deficiente utilización de los servicios sanitarios.
- c) **El sistema de cuidados de salud**, que se relaciona con la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.
- d) **El medio ambiente**, que se encuentra influenciados por la contaminación biológica, física y sociocultural⁽³⁵⁾.

El modelo de determinantes de la Salud se fundamenta presencia diversas relaciones causales en las que varias causas pueden producir diversos efectos de manera simultánea, aunque ninguna causa por si sola es suficiente para originar una determinada patología, dando con ello importancia a los factores de riesgo como aspecto esencial en el desarrollo de diversas enfermedades⁽³⁶⁾.

Este modelo se relaciona con el presente estudio pues la hipercolesterolemia es un problema de etiología multifactorial, que se encuentra condicionado por diversos factores de riesgo que alteran el estado de salud y la calidad de vida de la población en general.

2.3. Definiciones Conceptuales.

2.3.1. Aspectos generales de la hipercolesterolemia.

Según la OMS⁽³⁷⁾, la hipercolesterolemia es definida como una alteración metabólica caracterizado por el aumento anormal de los niveles de colesterol en sangre; considerando que una persona presenta hipercolesterolemia presenta los siguientes criterios: colesterol total ≥ 200 mg/dl., y colesterol malo LDL ≥ 130 mg/dl.

Al respecto, la Sociedad Española de Arteriosclerosis⁽³⁸⁾, la hipercolesterolemia constituye un trastorno de tipo metabólico, que se caracteriza por el aumento de los niveles de colesterol en sangre por encima de los valores normales; causado por anormalidades en los niveles de lipoproteínas que contribuyen al desarrollo y presencia de diversas patologías cardiovasculares.

Por su parte, Alonso⁽³⁹⁾ establece que la hipercolesterolemia constituye la elevación de los niveles plasmáticos de colesterol debida, la mayoría de las veces, a un aumento del colesterol ligado a las proteínas de baja densidad (colesterol LDL).

2.3.2. Causas de la hipercolesterolemia.

Según la OMS, la hipercolesterolemia es causada por interacción de entre factores ambientales y genéticos (poli génicos); siendo clasificada en hipercolesterolemia primaria y secundaria;

donde las causas más frecuentes de hipercolesterolemia primaria son la hipercolesterolemia familiar y la hiperlipidemia familiar combinada⁽⁴⁰⁾.

La hipercolesterolemia familiar es considerado el trastorno genético más frecuente asociado a enfermedad coronaria prematura, debido a las concentraciones de colesterol LDL desde el nacimiento; por tanto se debe sospechar de hipercolesterolemia familiar con niveles de colesterol LDL mayores a 190 mg/dl, asociado a una historia familiar de altos niveles de colesterol⁽⁴¹⁾.

Por otro lado, las causas más importantes de la hipercolesterolemia son: diagnóstico de diabetes mellitus, consumo excesivo de alcohol, enfermedad hepática, síndrome nefrótico, enfermedad renal crónica, hipotiroidismo, tabaquismo, obesidad y los fármacos⁽⁴²⁾.

2.3.3. Diagnóstico de la hipercolesterolemia.

La hipercolesterolemia constituye un trastorno metabólico que se puede diagnosticar, determinando los niveles de colesterol en la sangre, a través de los análisis de laboratorio; donde se deben realizar por lo menos dos determinaciones de los valores de colesterol para conseguir un diagnóstico certero, debido a que las cifras obtenidas pueden ser sometidas a fluctuaciones por episodios de estrés, factores climáticos, entre otros; y también se debe considerar que para que el diagnóstico de hipercolesterolemia sea realizado de manera precisa se debe hacer un ayuno de doce horas antes de la extracción de la sangre; determinándose también los

niveles de triglicéridos para realizar la valoración respectiva de la magnitud de la patología lipídica⁽⁴³⁾.

2.3.4. Tratamiento de la hipercolesterolemia.

El tratamiento de este desorden metabólico implica realizar una valoración global del paciente, pues si existen factores de riesgo asociados a diabetes mellitus o hipertensión arterial, los límites para iniciar el tratamiento en cada persona. En consecuencia, el tratamiento de la hipercolesterolemia consiste en llevar una vida saludable y una dieta adecuada teniendo en consideración que para disminuir los niveles aumentados de colesterol en sangre se debe realizar una modificación de los patrones alimentarios que permitan orientar la conducta alimentaria hacia la adopción de una alimentación saludable, la práctica de actividad física y evitar el hábito de fumar⁽⁴⁴⁾.

2.3.5. Factores de riesgo de la hipercolesterolemia.

Según Arroyo⁽⁴⁵⁾, los factores de riesgo son conceptualizados como todas aquellas características biológicas o conductuales que tiene una persona y cuya presencia le brinda una mayor probabilidad de sufrir o presentar alguna patología en el futuro.

Al respecto, Evans⁽⁴⁶⁾ señala que un factor de riesgo es una característica detectable al cual se expone el individuo en su ambiente, de modo que aumenta la probabilidad de padecer o desarrollar una enfermedad.

Desde el punto de vista epidemiológico, un factor de riesgo es considerado como una condición o característica de un individuo o

población que se presenta de manera temprana en su vida y que se asocia a un riesgo aumentado de desarrollar una enfermedad en el futuro⁽⁴⁷⁾. Dentro de los factores de riesgo asociadas a la presencia de hipercolesterolemia se identifican los siguientes:

Factores de riesgo sociodemográficos

Dentro de estos factores se consideran que se encuentran relacionados con el desarrollo de hipercolesterolemia los siguientes factores de riesgo:

- a) Edad.-** La edad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la hipercolesterolemia al respecto diversos estudios de investigación han establecido que las personas mayores son las que mayor riesgo tienen de presentar este desorden metabólico; señalando además que las personas mayores de 50 años de edad tienen mayor riesgo de presentar infartos cardíacos, debido a que el riesgo cardiovascular aumenta con la edad de las personas⁽⁴⁸⁾.
- b) Sexo.-** En general, según reportes presentados en diversos estudios de investigación han establecido que los varones tienen mayor riesgo que las mujeres de presentar hipercolesterolemia y sufrir infartos del corazón; debido a que las mujeres tienen la hormona llamada estrógeno, que las protege de los ataques del corazón; sin embargo este riesgo aumenta con la menopausia, debido a la disminución de los niveles de estrógeno, y a partir de los 65 años de edad el riesgo de presentar alteraciones

cardiovasculares como la hipercolesterolemia es similar en varones y en mujeres⁽⁴⁹⁾.

c) Lugar de procedencia.- Los cambios inherentes a la urbanización de las ciudades influyen en la modificación de los estilos de vida y la adopción de patrones alimenticios no saludables; por ende las personas que viven en zonas urbanas presentan un riesgo elevado de presentar hipercolesterolemia⁽⁵⁰⁾.

d) Estado civil.- De acuerdo a los resultados de algunas investigaciones realizadas en el Perú, se ha podido establecer que existe cierto grado de relación entre las relaciones maritales y el desarrollo de la hipercolesterolemia; señalando que las personas que se encuentran solas son las que presentar mayor riesgo de desarrollar patologías cardiovasculares, debido a los estilos de vida y patrones alimentarios propios de su estado civil⁽⁵¹⁾.

e) Grado de escolaridad.- En diversas investigaciones se ha establecido que el nivel de escolaridad de las personas influye en su patrón alimentario, que incluye la selección del horario de comidas, frecuencia de consumo, métodos de preparación, entre otros hábitos alimenticios; estableciéndose además que las personas que tienen un bajo nivel de escolaridad son las que presentan mayor riesgo de presentar alteraciones cardiovasculares como la hipercolesterolemia⁽⁵²⁾.

f) Ocupación.- Según diversos estudios realizados en América Latina, se ha establecido que existe un cierto grado de relación

entre la ocupación y el desarrollo de hipercolesterolemia; señalando que aquellas ocupaciones o profesiones que se desarrollan en entidades gubernamentales o privadas son las que mayor riesgo tienen de presentar hipercolesterolemia debido a los tipos de alimentos consumidos durante el periodo de refrigerio, que principalmente se caracteriza por el consumo de comida rápida rica en grasas saturadas⁽⁵³⁾.

g) Ingreso Económico.- En diversos estudios de investigación se ha reportado que el nivel socioeconómico tiene influencia en los estilos de vida y patrones alimentarios, estableciendo que las personas que tienen mayor nivel e ingresos socioeconómicos son los que tienen más tiempo y recursos para hacer dietas y ejercicios que les permita adecuarse a las exigencias sociales; por tanto, el tener un nivel socioeconómico medio o bajo aumenta de manera significativa el riesgo de presentar hipercolesterolemia⁽⁵⁴⁾.

Factores de riesgo no modificables.

Son aquellos factores o características particulares sobre los que no se puede actuar es decir no podemos tomar alguna medida de prevención y tratamiento de la hipercolesterolemia; entre los factores de riesgo no modificables se encuentran los siguientes:

a) Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares.-

Las personas que tienen familiares con antecedentes de enfermedades cardiovasculares como la arteriosclerosis, la hipertensión arterial, entre otras patologías son los que tienen

mayor probabilidad de presentar hipercolesterolemia; estableciéndose que el riesgo es mayor si algún familiar del sexo masculino ha padecido un infarto antes de los 55 años; o un familiar del sexo femenino ha tenido un infarto antes de los 65 años, incrementándose el riesgo en un 50% si el padre y la madre han presentado patologías cardiovasculares; por lo que es importante disponer un historial familiar para cuantificar el grado de riesgo en los grupos etáreos vulnerables⁽⁵⁵⁾.

Según estudios del Instituto de Salud de Texas, la herencia genética evidencia como resultado, que si los padres padecieron de patologías cardiovasculares antes de los 55 años, está persona tiene mayor riesgo de padecer este tipo de enfermedades que alguien que no tiene estos antecedentes familiares⁽⁵⁶⁾.

b) Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus.- Aquellas personas que tienen antecedentes de familiares directos que presentaron Diabetes Mellitus, y a que su vez estos fallecieron por un infarto cardíaco, tienen mayor riesgo de presentar hipercolesterolemia o padecer de diversas enfermedades cardiovasculares en alguna etapa de su vida⁽⁵⁷⁾.

c) Antecedentes personales Diabetes Mellitus.- Las personas que presentan diabetes tienen de 2 a 4 veces mayor de riesgo de presentar patologías y alteraciones cardiovasculares como la hipercolesterolemia, debido a que la arteriosclerosis que se

desarrolla en las personas que tienen diabetes es más extensa y acelerada que en las personas que no presentan diabetes⁽⁵⁸⁾.

d) Antecedentes familiares de Hipercolesterolemia.- En diversas investigaciones se ha establecido que la hipercolesterolemia se puede desarrollar por factores hereditarios; en consecuencia se puede establecer que tener antecedentes familiares de hipercolesterolemia incrementa de manera significativa el riesgo de presentar esta alteración metabólica y otras patologías cardiovasculares⁽⁵⁹⁾.

Factores de riesgo modificables.

Son aquellos factores o características que son susceptibles al cambio por medio de la implementación de medidas de intervenciones de prevención de la hipercolesterolemia; entre estos factores encontramos los siguientes:

a) Consumo de alimentos ricos en carbohidratos.- Diversos estudios de investigación realizados a nivel mundial han concordado en que el consumo elevado de alimentos ricos en carbohidratos representa un factor de riesgo para la presencia de hipercolesterolemia; pues tienden a incrementar los niveles de colesterol y triglicéridos en la sangre⁽⁶⁰⁾.

b) Consumo de carnes rojas.- Según la OMS, el consumo excesivo de carnes rojas representa un factor de riesgo importante para el aumento de los niveles de colesterol de las personas; pues en mayor proporción aporta grasas de origen animal denominadas grasas saturadas, que se caracterizan

porque son de difícil digestión y se almacenan en el organismo, aumentando de manera significativa el riesgo de presentar hipercolesterolemia⁽⁶¹⁾.

c) Inadecuado consumo de frutas y verduras.- Diversos estudios de investigación han establecido que el consumo de frutas y verduras en cantidades suficientes reduce el riesgo de padecer de enfermedades cardiovasculares; por consiguiente un inadecuado consumo de este tipo de alimentos asociado a una dieta no saludable incrementa de manera significativa el riesgo de padecer de hipercolesterolemia⁽⁶²⁾.

d) Consumo de comidas ricas en grasas y frituras.- El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la prevalencia de alteraciones cardiovasculares; por ello, el consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la hipercolesterolemia debido a su poder aterogénico que aumenta los niveles de colesterol LDL en sangre⁽⁶³⁾.

a) Consumo de bebidas gaseosas.- En diversos trabajos de investigación se ha evidenciado que el consumo frecuente y excesivo de bebidas gaseosas tiene efectos nocivos para la salud, pues predispone para la presencia de sobrepeso u obesidad; que a su vez son considerados como factores de riesgo para el desarrollo de la hipercolesterolemia y otras patologías cardiovasculares⁽⁶⁴⁾.

- b) Inactividad física.-** Según la OMS, la falta de actividad física o práctica del sedentarismo constituye un factor de riesgo para la presencia de hipercolesterolemia, pues las personas inactivas presentan un mayor riesgo de padecer de un infarto al corazón que las personas que hacen ejercicio físico regular; pues la actividad física ayuda a quemar calorías, controlar los niveles de colesterol y disminuir la presión arterial⁽⁶⁵⁾.
- c) Consumo de bebidas alcohólicas.-** En diversos estudios de investigación se ha reportado que el consumo de alcohol y bebidas alcohólicas en grandes cantidades se asocia con la prevalencia de hipercolesterolemia y una mayor tasa de mortalidad por patologías cardiovasculares⁽⁶⁶⁾.
- d) Consumo de cigarros.-** El humo del cigarro es considerado el principal factor de riesgo para la muerte súbita de origen cardíaco; por ello, diversos autores han coincidido en señalar que los fumadores habituales tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar hipercolesterolemia u otras patologías cardiovasculares que las personas que no son fumadoras habituales⁽⁶⁷⁾.
- e) Sobrepeso y obesidad.-** Diversos estudios de investigación han coincidido en señalar que la presencia de sobrepeso u obesidad puede elevar los niveles de colesterol en sangre y por consiguiente causar hipercolesterolemia; debido a que la obesidad incrementa las probabilidades de presentar otros factores de riesgo de tipo cardiovascular, pues las personas

obesas presentan mayor riesgo de enfermar o morir por cualquier lesión o enfermedad cardiovascular⁽⁶⁸⁾.

f) Perímetro abdominal elevado.- En diversas investigaciones se ha reportado que el perímetro abdominal elevado constituye un indicador predictivo para el desarrollo de la obesidad y de diversas alteraciones metabólicas como la hipercolesterolemia; por lo tanto tener una circunferencia de perímetro abdominal mayor de 90 cms en varones y de 80 cms en mujeres aumenta el riesgo de presentar hipercolesterolemia⁽⁶⁹⁾.

2.4. Hipótesis.

2.4.1. Hipótesis general.

Hi: Los factores de riesgo sociodemográficos, modificables y no modificables influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Ho: Los factores de riesgo sociodemográficos, modificables y no modificables no influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

2.4.2. Hipótesis específicas.

H_{i1}: Los factores de riesgo sociodemográficos influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

Ho₁: Los factores de riesgo sociodemográficos no influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

H_{i2}: Los factores de riesgo no modificables influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

H_{o2}: Los factores de riesgo no modificables no influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

H_{i3}: Los factores de riesgo modificables influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

H_{o3}: Los factores de riesgo modificables no influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

2.5. Variables.

2.5.1. Variable dependiente.

Hipercolesterolemia.

2.5.2. Variable independiente.

Factores de riesgo.

2.6. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE					
Factores de riesgo	Factores sociodemográficos	Edad	Cuantitativa	En años	discreta
		Sexo	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal
		Estado civil	Cualitativa	Soltero(a) Conviviente Casado(a) Separado(a) Viudo(a)	Nominal
		Grado de escolaridad	Cualitativa	Sin estudios Primaria Secundaria Superior Técnico	Ordinal
		Ocupación	Cualitativa	Ama de casa Agricultor Trabajo dependiente Trabajo independiente	Nominal
		Ingreso económico	Cualitativa	Alto Medio Bajo	Ordinal
	Factores no modificables	Antecedentes de familiares con patologías cardiovasculares	Cualitativa	Si No	Nominal
		Antecedentes de familiares con Diabetes	Cualitativa	Si No	Nominal
		Tener diagnóstico de Diabetes	Cualitativa	Si No	Nominal

		Antecedentes de familiares con colesterol alto	Cualitativa	Si No	Nominal
	Factores modificables	Consumo de carbohidratos	Cualitativa	Si No	Nominal
		Consumo de carnes	Cualitativa	Si No	Nominal
		Consumo de frutas y verduras	Cualitativa	Si No	Nominal
		Consumo de grasas y frituras	Cualitativa	Si No	Nominal
		Consumo de bebidas gaseosas	Cualitativa	Si No	Nominal
		Sedentarismo	Cualitativa	Si No	Nominal
		Consumo de bebidas alcohólicas	Cualitativa	Si No	Nominal
		Consumo de cigarrillos	Cualitativa	Si No	Nominal
		IMC	Cualitativa	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad	Ordinal
		Perímetro Abdominal	Cualitativa	Normal Elevado	Ordinal
VARIABLE DEPENDIENTE					
Hipercolesterolemia	Diagnóstico de Hipercolesterolemia	Niveles de colesterol	Cuantitativa	Si tiene : > 200 mg/dl. No tiene ≤ 200 mg/dl.	Ordinal

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio.

De acuerdo al tipo de intervención, la investigación fue de tipo observacional, porque no hubo manipulación de ninguna de las variables estudiadas, y los hallazgos encontrados evidenciaron de manera espontánea los factores que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos participantes del presente estudio.

Respecto a la planificación de la medición de las variables, el estudio fue de tipo ambispectivo, porque la información fue recolectada durante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a través de la información brindada por cada uno de los adultos considerados en el estudio.

En relación al número de veces en que se midieron las variables, fue de tipo transversal, porque las variables fueron estudiadas de manera simultánea en un único periodo de tiempo y espacio.

Y por último, de acuerdo al número de variables de estudio, esta investigación fue de tipo analítica, pues las variables estudiadas fueron sometidas a un análisis estadístico de tipo bivariado, donde se contrastaron y se pusieron a prueba cada una de las hipótesis previamente formuladas, permitiendo identificar los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

3.1.1. Enfoque.

Esta investigación pertenece al enfoque cuantitativo, debido a que estuvo fundamentada en la medición cuantitativa de las variables

estudiadas mediante el uso de fórmulas y programas estadísticos para poder identificar adecuadamente los diversos factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en la institución en estudio

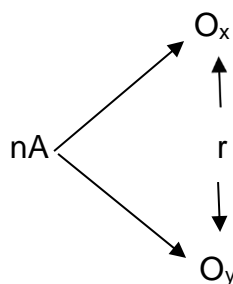
3.1.2. Alcance o nivel.

Esta investigación pertenece al nivel relacional, pues su objetivo primordial fue determinar los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en la muestra en estudio, necesitando de un control de tipo estadístico y metodológico durante la recolección de datos, y la posterior presentación del presente estudio de investigación.

3.1.3. Diseño.

El diseño del presente estudio fue el diseño correlacional, como se muestra a continuación:

DIAGRAMA:



Dónde:

nA = Muestra de adultos del Puesto de Salud Puente Pérez-.

O_x = Factores de riesgo.

O_y = Hipercolesterolemia

R = Relación entre las variables.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población.

La población del presente estudio estuvo conformada por todos los adultos que se atendieron en el Puesto de Salud Puente Pérez del distrito de Mariano Dámaso Beraún, durante los meses de Noviembre a Diciembre del año 2017; que según datos obtenidos de los registros diarios de este establecimiento de salud, fueron en total 60 personas adultas atendidas en esta institución

a) Criterios de inclusión.- Se incluyeron en la investigación a los adultos que:

- Tuvieron edades comprendidas entre los 30 a 60 años de edad.
- Se atendieron de manera regular en el Puesto de Salud Puente Pérez.
- Aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.
- Pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia, 25 personas.
- Pacientes sin diagnóstico de hipercolesterolemia, 35 personas.

b) Criterios de exclusión.- Se excluyeron de la investigación a los adultos que:

- No estuvieron presentes durante la aplicación de los instrumentos de investigación.

- Se mudaron de la localidad de estudio durante el proceso de recolección de datos.
- No aceptaron participar del estudio de investigación.
- Pacientes que no tienen el diagnóstico de hipercolesterolemia.

c) Ubicación en el espacio: El presente estudio se llevó a cabo en las instalaciones del Puesto de Salud Puente Pérez, ubicada en la Carretera Central S/N, en la localidad de la Perla, en el distrito de Mariano Dámaso, provincia de Leoncio Prado, departamento de Huánuco.

d) Ubicación en el tiempo: Se realizó en los meses de Noviembre a Diciembre del año 2017.

3.2.2. Muestra.

Por ser una población pequeña y accesible, se utilizó el método de población muestral, incorporando como muestra de estudio al total de la población; es decir, a los 60 adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez durante los meses de Noviembre a Diciembre del año 2017; de los cuales 25 pacientes tuvieron diagnóstico médico de Hipercolesterolemia, no utilizándose ningún tipo de muestreo en la selección de la muestra de investigación.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Para la recolección de datos.

a) Técnicas.

Las técnicas usadas en el presente estudio de investigación fueron la encuesta y la documentación, que permitieron recolectar

información oportuna, precisa y adecuada de los diversos factores de riesgo que influyen en la presencia de hipercolesterolemia en la muestra en estudio

b) Instrumentos.

Los instrumentos empleados en esta investigación fueron los siguientes:

- **Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo Nº 01).**- Este instrumento de investigación fue utilizado para identificar los factores de riesgo de la hipercolesterolemia en los adultos en estudio; estuvo conformada por 22 ítems divididos en 3 dimensiones: factores sociodemográficos con 6 reactivos, factores no modificables con 4 reactivos, y factores no modificables con 12 reactivos.

La valoración y categorización de la variable factores de riesgo de hipercolesterolemia se realizó según se identificó la presencia o ausencia de cada uno de los factores que influyen en la hipercolesterolemia en la muestra en estudio en cada una de las dimensiones consideradas en este instrumento de recolección de datos; y que permitió realizar de manera adecuada la asociación respectiva con el diagnóstico de presencia o ausencia de hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez durante el proceso de recolección de datos.

- **Ficha de análisis documental para valoración hipercolesterolemia (Anexo Nº 02).**- Este instrumento fue utilizado para valorar la presencia o ausencia de

hipercolesterolemia en los adultos considerados en este estudio; estuvo conformada por 4 ítems clasificados en una única dimensión: diagnóstico de hipercolesterolemia.

La categorización de la variable hipercolesterolemia, se realizó de acuerdo a los resultados obtenidos de las historias clínicas de los pacientes, que permitieron evidenciar la presencia o ausencia de hipercolesterolemia en la muestra considerada en el presente estudio.

c) Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos fueron sometidos a pruebas de validación de tipo cualitativas y cuantitativas; las cuales se detallan a continuación:

- **Validez racional.-** Se realizó la consulta y búsqueda pertinente de toda la información bibliográfica relacionada a los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en la muestra en estudio, que permitió realizar una adecuada caracterización de las variables analizadas, dando un sólido soporte teórico – conceptual a la información presentada en el desarrollo de esta investigación.
- **Validez por jueces expertos.-** Se seleccionaron 05 jueces expertos; especialistas en la problemática estudiada, tanto académica como profesionalmente; quienes evaluaron las preguntas de los instrumentos de investigación respecto a la objetividad, estrategia, consistencia, estructura, suficiencia,

pertinencia, claridad y vigencia de cada uno los reactivos presentados en los instrumentos de investigación.

En general, los expertos concordaron en que los instrumentos de recolección de datos fueron adecuados y estaban orientados a cumplir los objetivos trazados en esta investigación.

De manera específica, las opiniones y sugerencias que brindaron los expertos para mejorar los instrumentos de investigación fueron:

Experta N° 01: Lic. Yanina Cartagena Rivera (Enfermera Asistencial Hospital Tingo María); la experta sugirió que se debía reformular algunos ítems considerando el nivel sociocultural de los adultos en estudio, y después de ello se podían aplicar los instrumentos en la muestra en estudio.

Experto N° 02: Lic. Robert León Pozo (Enfermero Asistencial Hospital Tingo María); el experto señaló que el instrumento se encontraba apto para ser aplicado, recomendando su inmediata aplicación en el proceso de recolección de datos.

Experto N° 03: Lic. Robert Reátegui Ruiz. (Enfermero Asistencial Hospital Tingo María); el experto señaló que los instrumentos de investigación podían ser aplicados en la muestra de estudio previa realización de una prueba piloto para poder estimar el valor de confiabilidad de cada uno de ellos.

Experto N° 04: Lic. Cristóbal Alegría Saldaña (Enfermero Asistencial Hospital Tingo María); el experto consideró que los

instrumentos de investigación se encontraban aptos para realizar su aplicación en la muestra en estudio previa corrección de algunos errores ortográficos en la formulación de los ítems, y la realización del estudio piloto para garantizar la confiabilidad de la investigación. .

Experto N° 05: Lic. Tania Cipriano Baltazar (Enfermera Asistencial Hospital Tingo María); la experta no brindó mayores observaciones, recomendando su inmediata aplicación en la muestra de adultos en estudio.

3.3.2. Para la presentación de datos.

En el procesamiento y presentación de los resultados del estudio se consideraron las siguientes fases:

a) Autorización.- Se emitieron oficios institucionales múltiples dirigidos al director de la Red de Salud Leoncio Prado y al directora del Puesto de Salud Puente Pérez, solicitando la autorización respectiva para la aplicación de los instrumentos de investigación en los adultos participantes de la investigación.

b) Aplicación de instrumentos.- En esta fase se realizaron las siguientes actividades:

- Se recogió la autorización emitida por el director de la Red de Salud Leoncio Prado, dando su anuencia para realizar el proceso de recolección de datos en la muestra en estudio.
- Se realizó el proceso de validación cualitativa y cuantitativa de los instrumentos de recolección de datos.

- Se reunieron los recursos logísticos y materiales necesarios para realizar el proceso de recolección de datos propiamente dicho.
- Se contrataron dos encuestadores, quienes previamente fueron capacitados en los aspectos técnicos y metodológicos considerados durante el proceso de recolección de datos.
- Se solicitó a la responsable del Programa de Enfermedades No Transmisibles del Puesto de Salud Puente Pérez, el registro de pacientes atendidos en el establecimiento de salud, con o sin diagnóstico de hipercolesterolemia, realizándose la selección de los adultos participantes de la investigación.
- Se realizó la captación de cada uno de los participantes en sus domicilios, saludándoles de manera cordial y explicándoles brevemente el propósito y objetivos del estudio.
- Se solicitó la lectura y firma del consentimiento informado de cada uno de los adultos que aceptaron participar del estudio.
- Se aplicaron los instrumentos de recolección de datos en los adultos en estudio, en un tiempo promedio de 15 minutos por cada uno de los adultos considerados en la investigación.
- Se agradeció a todos los participantes por su valiosa aportación al presente estudio de investigación y se le brindó un refrigerio en señal de agradecimiento por la colaboración brindada.
- Posteriormente en el establecimiento de salud, se identificó las historias clínicas de los adultos participantes del estudio, para rellenar los datos solicitados en la ficha de valoración de

hipercolesterolemia, relacionados a los valores de colesterol y triglicéridos según resultados de análisis de laboratorio.

- Se agradeció al personal de salud y director del Puesto de Salud Puente Pérez por la colaboración brindada; y nos retiramos del establecimiento de salud para el procesamiento de los resultados encontrados.

c) Revisión de los datos.- Cada uno de los instrumentos de investigación aplicados en el presente estudio fueron revisados de manera crítica, verificándose que todas las preguntas planteadas hayan sido respondidas completamente; y eliminando aquellas que estuvieron incompletas o fueron rellenas de manera inadecuada, garantizando con ello la representatividad y confiabilidad de los hallazgos obtenidos en esta investigación.

d) Codificación de los datos.- Se elaboró una tabla matriz de base de datos física donde se transformaron en códigos numéricos cada una de las respuestas brindadas en los instrumentos de recolección de datos; teniendo en consideración las respuestas establecidas en el marco teórico de referencia relacionado a las variables analizadas en esta investigación.

e) Procesamiento de los datos.- Los resultados obtenidos fueron procesados en primer lugar de manera manual, mediante el uso del Programa Excel 2013, a través de la elaboración de la tabla matriz de base de datos donde se plasmó y realizó el análisis numérico de cada una de las variables y dimensiones estudiadas; que posteriormente fueron trasladadas a una base de datos del

Programa IBM SSPS Versión 23.0 para Windows, donde se realizó el procesamiento estadístico e inferencial de los resultados hallados en este estudio.

f) Plan de tabulación de datos.- Los resultados del presente estudio fueron tabulados en cuadros de frecuencias y porcentajes, que permitió realizar el análisis descriptivo de esta investigación e identificar de manera pertinente los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

g) Presentación de datos.- Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas académicas y estadísticas, teniendo en consideración cada una de las variables y dimensiones analizadas en esta investigación; realizándose posteriormente el análisis e interpretación de cada uno de los resultados evidenciados en el estudio y contrastados con el marco teórico de referencia correspondiente a los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos.

En esta fase del estudio de investigación se consideraron los siguientes aspectos:

a) Análisis descriptivo.- Se especificaron las peculiaridades de cada una de las variables analizadas, según grupos de análisis, y el tipo de variable de estudio, (cuantitativa o cualitativa); considerando el uso de las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; y de las medidas de frecuencia para las variables cualitativas; utilizando también tablas

académicas en la presentación de los datos, para garantizar una mejor comprensión de los resultados obtenidos en este estudio.

b) Análisis inferencial.- Para evidenciar la relación entre las variables y dimensiones consideradas en esta investigación, se efectuó un análisis estadístico inferencial de tipo bivariado mediante la aplicación de la prueba no paramétrica del Chi – cuadrado de Independencia; considerando el valor de significancia $p \leq 0,05$; como indicador de referencia para aceptar o rechazar las hipótesis de investigación planteadas inicialmente.

En ese sentido, en el ritual de significancia estadística se consideraron los siguientes preceptos: si el valor p fue $\leq 0,05$ entonces se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis de investigación; y si el valor p fue $> 0,05$ se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis de investigación.

c) Consideraciones éticas de la investigación.- Para el recojo de datos fue necesario aplicar el consentimiento informado, explicándoles a los adultos participantes del estudio la finalidad de la investigación y la importancia de su participación, para que así no se sientan solo como sujetos utilizados con fines propios de la investigadora sino como partícipes de un trabajo que contribuirá con el desarrollo de la carrera profesional en el contexto de la atención asistencia en el marco de la salud pública. Asimismo, en el presente trabajo de investigación se tuvo en cuenta la aplicación de los principios bioéticos que se detallan a continuación:

- a) Beneficencia;** se respetó este principio porque el eje primordial de esta investigación fue buscar el bienestar integral de los adultos participantes del estudio, pues mediante los resultados obtenidos se buscan implementar programas y medidas de intervención basadas en el enfoque preventivo promocional orientadas prevenir y tratar los factores de riesgo que influyen en la presencia de hipercolesterolemia en el ámbito de estudio.
- b) No maleficencia;** se respetó este principio, porque en ninguna etapa de la investigación se puso en riesgo la salud e integridad física o psicológico de cada uno de los participantes del estudio, pues la información recolectada fue administrada de manera confidencial y utilizada con fines exclusivos de investigación.
- c) Autonomía,** se respetó este principio, porque se solicitó la firma del consentimiento informado a cada uno de los adultos participantes de la investigación quienes tuvieron la total libertad de abandonar el estudio en el momento que lo creían pertinente.
- d) Justicia,** se respetó este principio, porque todos adultos que acudieron al establecimiento de salud tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados como participantes del estudio, brindándoles a cada uno de ellos un trato justo y equitativo sin ningún tipo de prejuicio y discriminación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos.

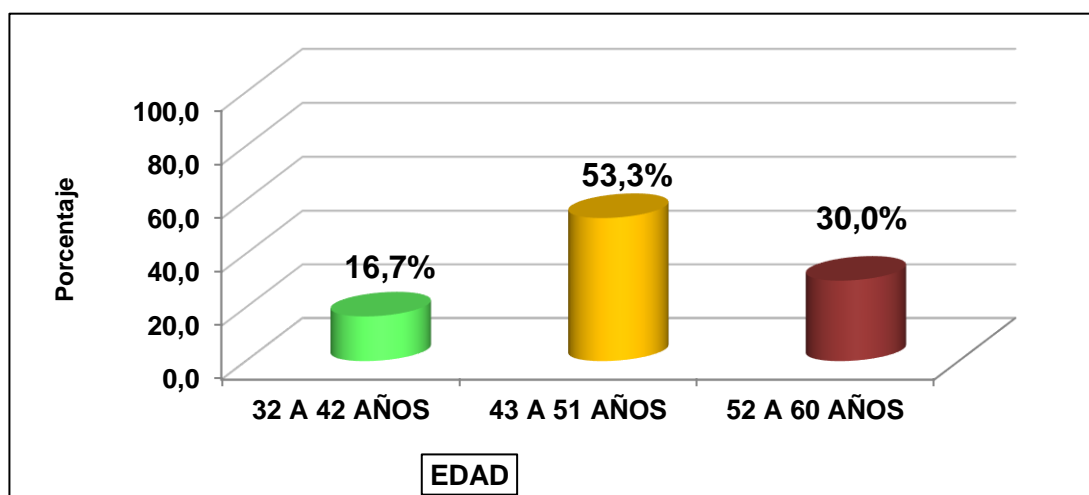
4.1.1. Factores de riesgo sociodemográficos.

Tabla 01. Edad en años de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Edad en años	Frecuencia	%
34 a 42	10	16,7
43 a 51	32	53,3
52 a 60	18	30,0
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

Gráfico 01. Distribución según edad de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

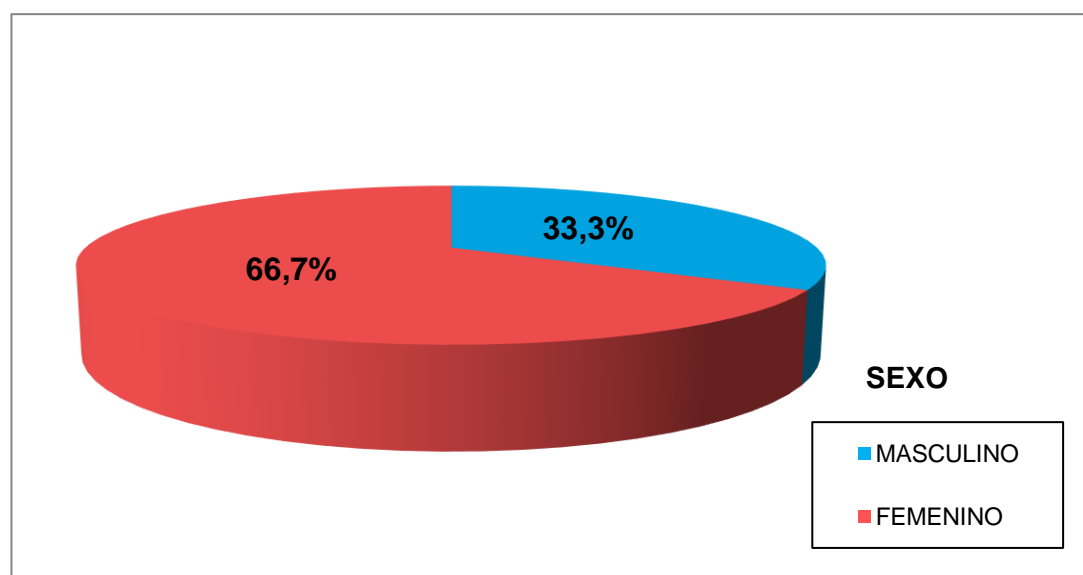
Respecto a la edad de los adultos participantes de la investigación, se identificó que el 53,3% (32) tuvieron de 43 a 51 años de edad; el 30,0% (18) pertenecieron al grupo etáreo de 52 a 60 años de edad; y por último, el 16,7% (10) restante presentaron edades comprendidas entre los 34 y 42 años de edad.

Tabla 02. Sexo de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	20	33,3
Femenino	40	66,7
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

Gráfico 02. Distribución según sexo de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

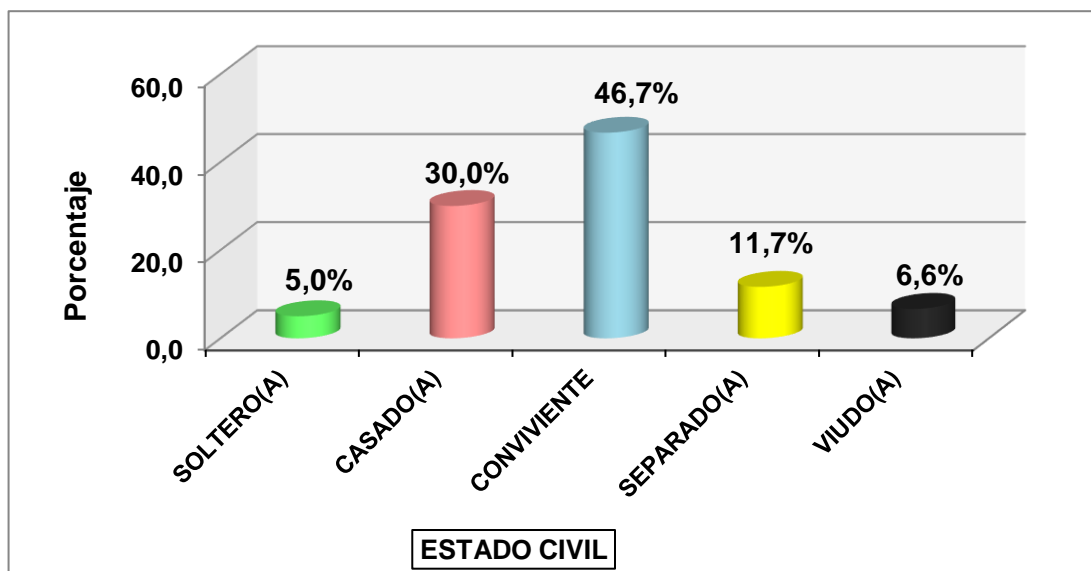
En cuanto al sexo predominante en los adultos considerados en el presente estudio, se encontró que el 66,7% (40) de personas encuestadas fueron del sexo femenino; mientras que el 33,3% (20) restante pertenecieron al sexo masculino.

**Tabla 03. Estado civil de los adultos atendidos en el Puesto de Salud
Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.**

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero(a)	03	5,0
Casado(a)	18	30,0
Conviviente	28	46,7
Separado(a)	07	11,7
Viudo(a)	04	6,6
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

**Gráfico 03. Distribución según estado civil de los adultos atendidos en
el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo
María 2017.**



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

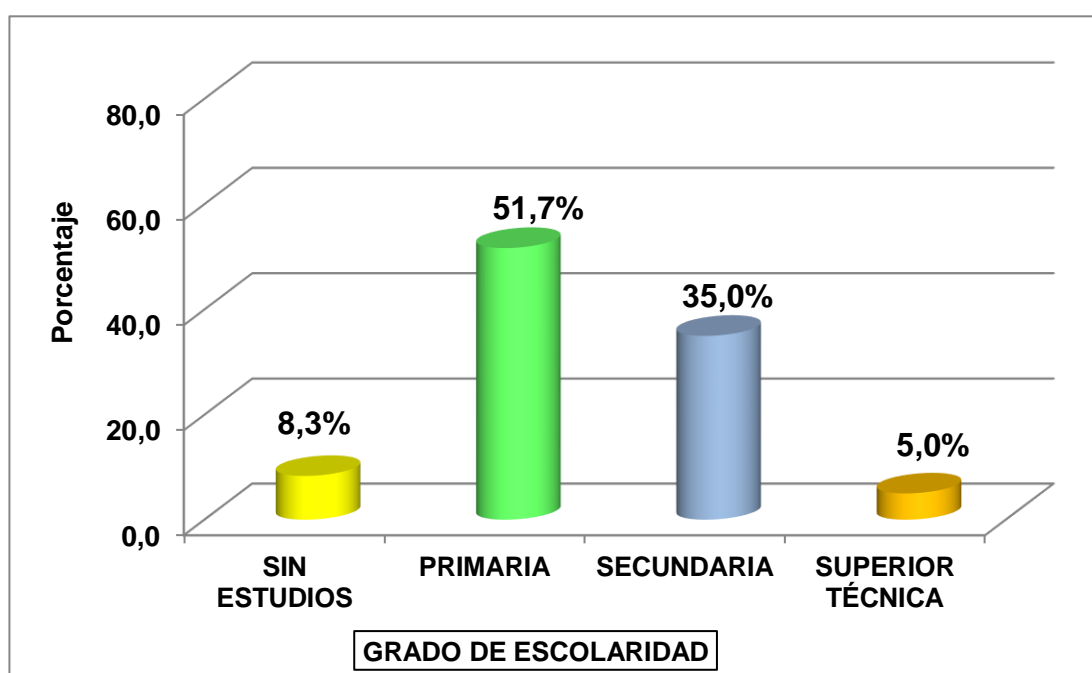
En referencia al estado civil de los adultos en estudio se encontró que el 46,7% (28) refirieron ser convivientes; el 30,0% (18) estuvieron casados(as); un 11,7% (7) estuvieron separados(as); el 6,6% (4) fueron viudos(as); y por último, el 5,0% (3) restante fueron solteros(as).

Tabla 04. Grado de escolaridad de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Grado de escolaridad	Frecuencia	%
Sin estudios	05	8,3
Primaria	31	51,7
Secundaria	21	35,0
Superior Técnico	03	5,0
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

Gráfico 04. Distribución según grado de escolaridad de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

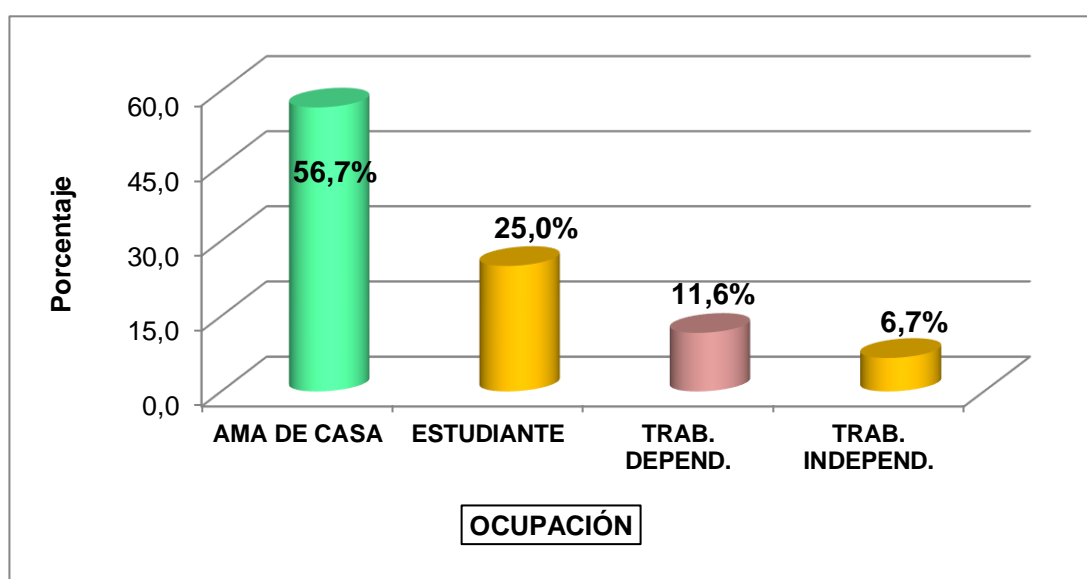
En cuanto al grado de escolaridad de los adultos participantes del estudio, se identificó que el 51,7% (31) tuvieron nivel primario; el 35,0% (21) manifestaron que tuvieron nivel secundario; el 8,3% (5) refirieron que no tenían ningún tipo de estudios; y por último, el 5,0% (3) restante señalaron que tenían nivel superior de tipo técnico.

**Tabla 05. Ocupación de los adultos atendidos en el Puesto de Salud
Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.**

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	34	56,7
Agricultor	15	25,0
Trabajo dependiente	07	11,6
Trabajo independiente	04	6,7
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

**Gráfico 05. Distribución según ocupación de los adultos atendidos en
el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo
María 2017.**



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

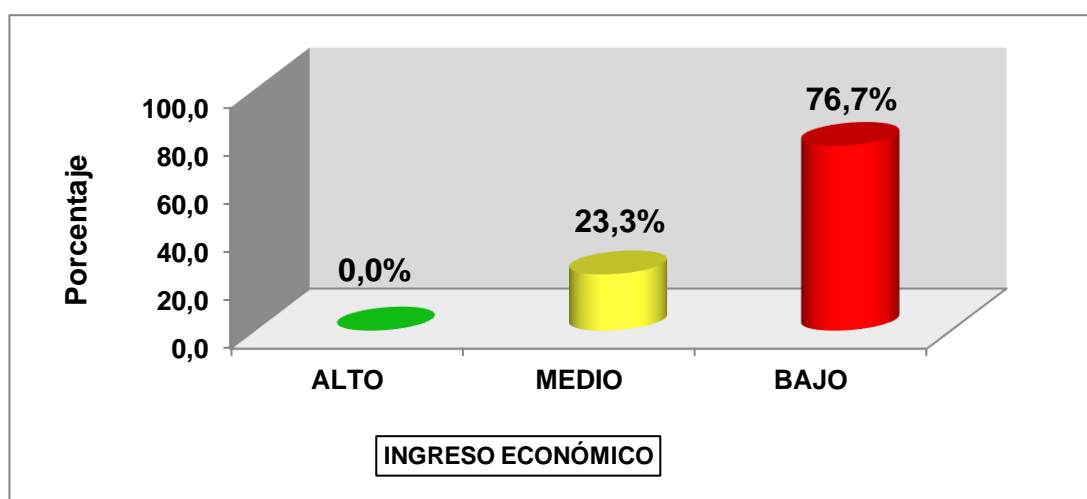
En relación a la ocupación de los adultos participantes de la presente investigación, se halló que el 56,7% (34) manifestaron ser amas de casa; 25,0% (15) señalaron que se dedican a la agricultura; el 11,6% (7) manifestaron que tienen un trabajo de tipo dependiente en instituciones públicas y privadas de la ciudad; y por último, el 6,7% (4) restante refirieron que tienen un trabajo o actividad laboral de tipo independiente.

Tabla 06. Ingreso económico mensual de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Ingreso Económico Mensual	Frecuencia	%
Alto	00	0,0
Medio	14	23,3
Bajo	46	76,7
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

Gráfico 06. Distribución según ingreso económico de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

En cuanto al ingreso económico mensual familiar de los adultos en estudio, se encontró que el 76,7% (46) manifestaron que su ingreso económico mensual es bajo; pues sus ingresos mensuales son menores a los 850 soles; el 23,3% (14) refirieron que estrato socioeconómico es de nivel medio, pues sus ingresos familiares mensuales fluctúan entre los 850 y 1700 soles, y no se identificaron encuestados que presente un nivel de ingreso económico alto en esta investigación.

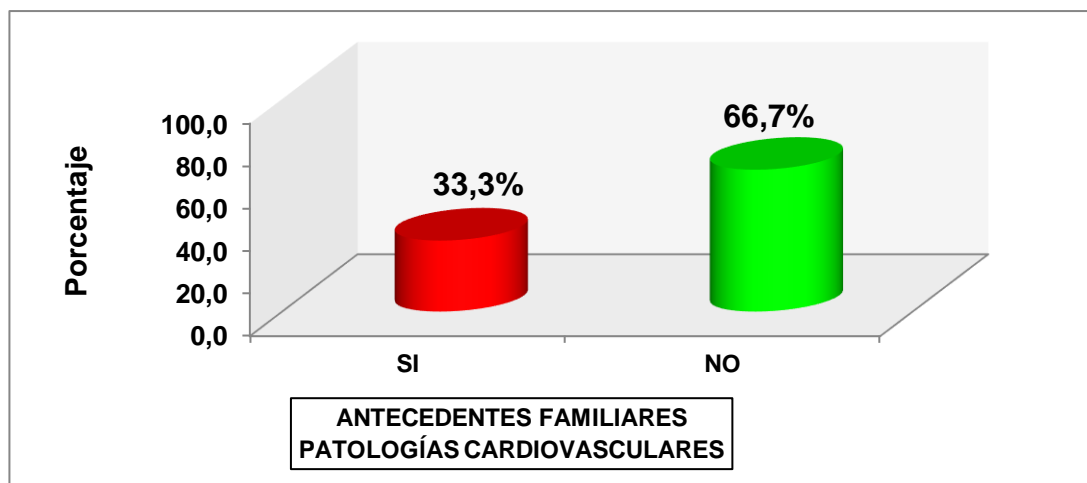
4.1.2. Factores de riesgo no modificables.

Tabla 07. Antecedentes familiares con patologías cardiovasculares en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Antecedentes Familiares Patologías Cardiovasculares	n = 60	
	Nº	%
Tiene familiares con patologías cardiovasculares		
Si	20	33,3
No	40	66,7
Total	60	100,0
Tipo de patología cardiovascular presentada		
Hipertensión arterial	09	15,0
Infarto de miocardio	02	3,3
Colesterol alto	08	13,3
Dislipidemias	01	1,7
No presentó patologías cardiovasculares	40	66,7
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

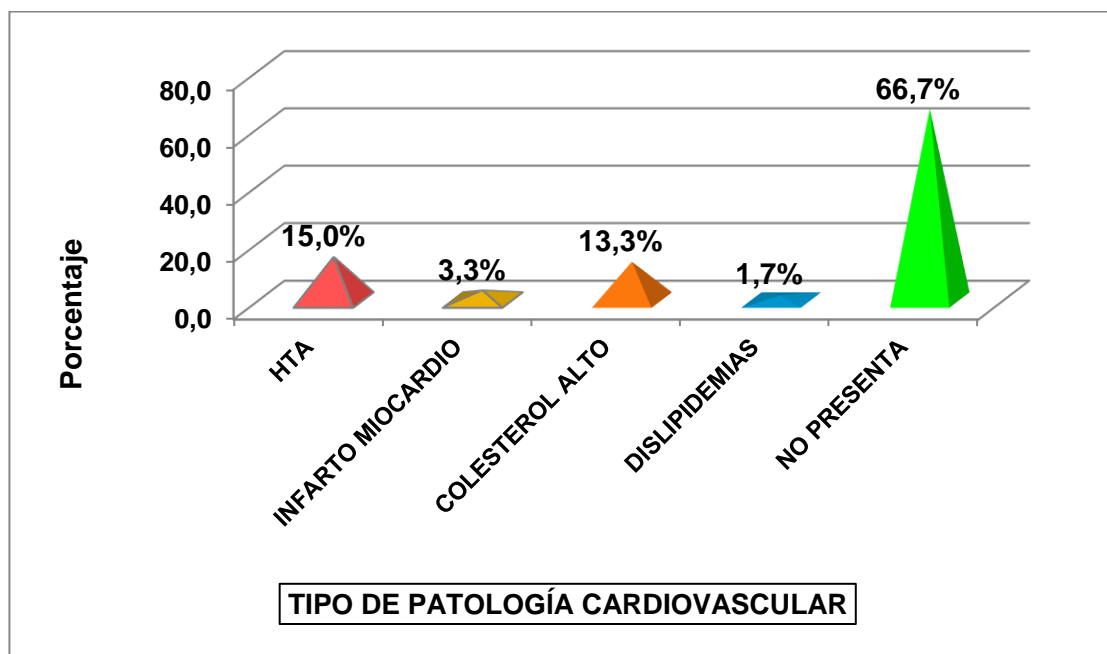
Gráfico 07. Distribución según antecedentes familiares con patologías cardiovasculares en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

Respecto a los antecedentes familiares con patologías cardiovasculares en los adultos en estudio, 66,7% (40) no tienen familiares con patologías cardiovasculares; y el 33,3% (20) si tienen familiares con enfermedades cardiovasculares en su historial clínico patológico.

Gráfico 08. Distribución según tipo de patología cardiovascular presentada en los familiares de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

En cuanto a las patologías cardiovasculares presentadas en los familiares, la hipertensión arterial fue la patología más frecuente, siendo referida por el 15,0% (9) de encuestados; el 13,3% (8) señalaron que sus familiares tuvieron colesterol alto; el 3,3% (2) manifestaron que presentaron infarto de miocardio y que a su vez fallecieron por esta causa; y por último, el 1,7% (1) restante señaló que su familiar tuvo dislipidemia.

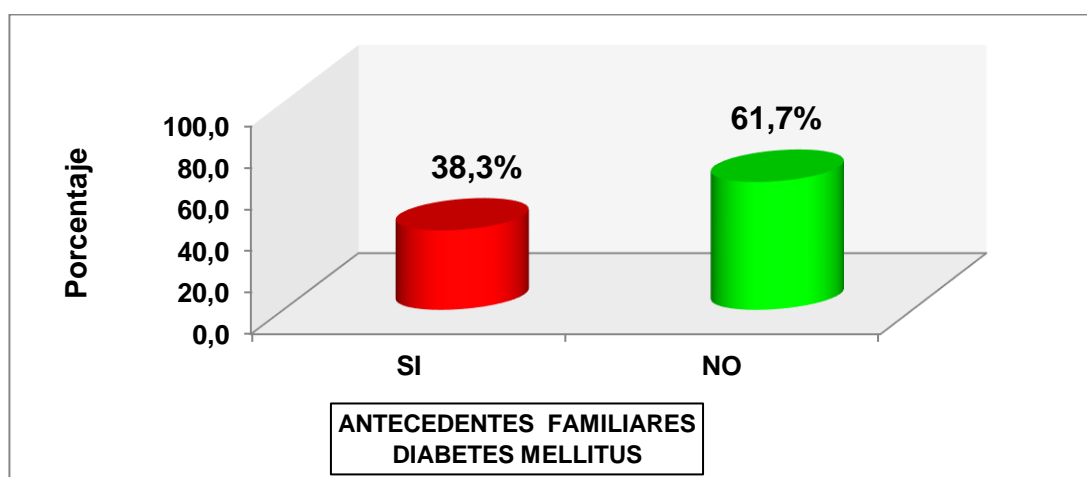
Cabe mencionar que el 66,7% (40) de adultos encuestados no tuvieron familiares que presenten patologías cardiovasculares en esta investigación.

Tabla 08. Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Antecedentes Familiares Diabetes Mellitus	n = 60	
	Nº	%
Tiene familiares con diagnóstico de Diabetes Mellitus		
Si	23	38,3
No	37	61,7
Total	60	100,0
Familiar que presenta Diabetes Mellitus		
Padre	06	10,0
Madre	09	15,0
Abuelo(a)	05	8,3
Hermano(a)	03	5,0
No presenta Diabetes Mellitus	37	61,7
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

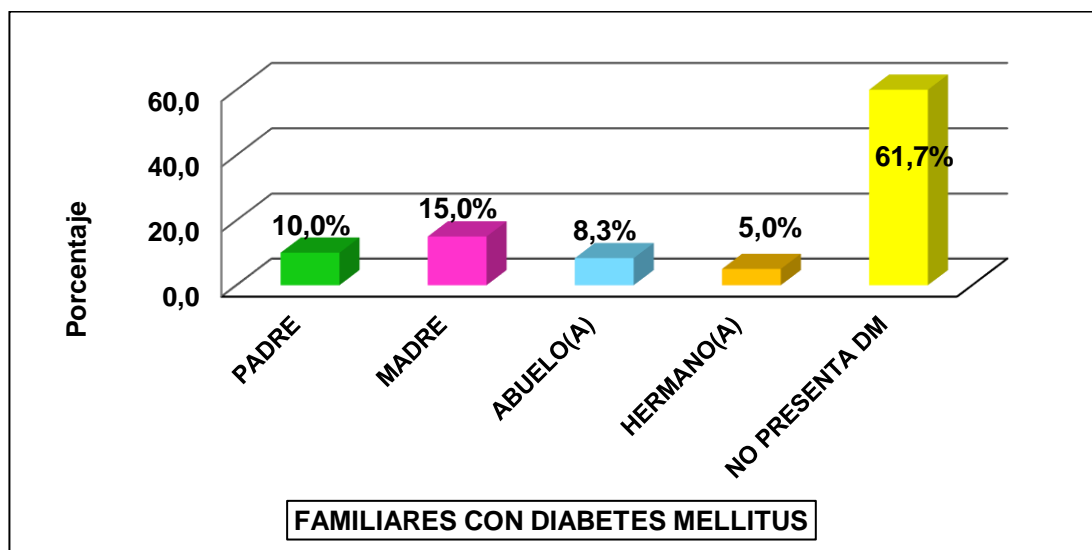
Gráfico 09. Distribución según antecedentes familiares con Diabetes Mellitus en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

Respecto a los antecedentes familiares de Diabetes Mellitus en los adultos en estudio, el 61,7% (37) no tienen familiares que tuvieron diagnóstico de Diabetes Mellitus; y el 38,3% (23) tienen familiares que presentan esta patología.

Gráfico 10. Distribución según familiares con Diabetes Mellitus en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

En cuanto a los familiares que presentan Diabetes Mellitus, el 15,0% (9) señalaron que esta patología la presentó su madre; el 10,0% (6) manifestaron que es su padre quien presenta esta enfermedad; el 8,3% (5) señalaron que sus abuelos(as) tuvieron Diabetes Mellitus; y por último, el 5,0% (3) restante refirieron que son sus hermanos los que presentan esta patología.

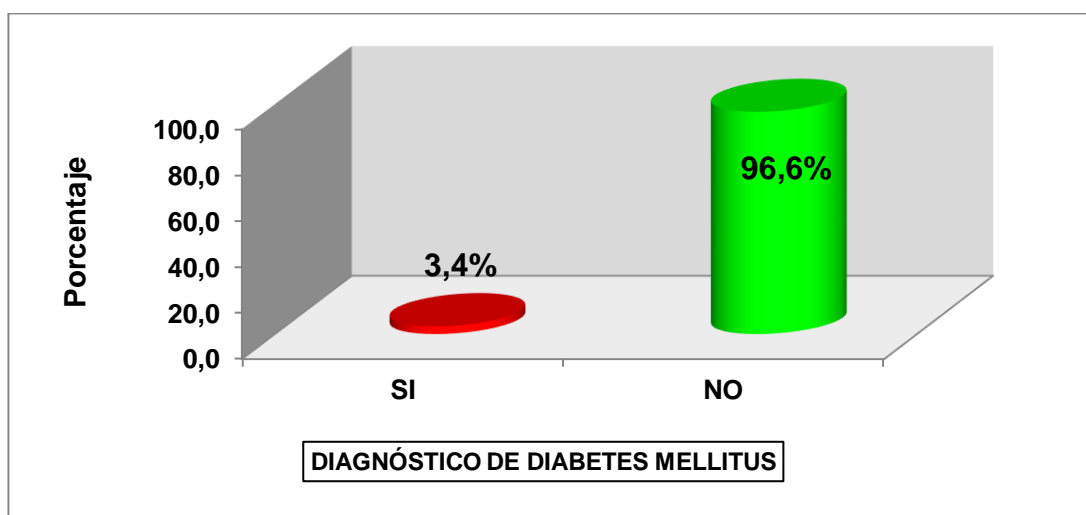
Cabe mencionar que el 61,7% (37) de adultos encuestados no tuvieron familiares que tienen Diabetes Mellitus en esta investigación.

Tabla 09. Diagnóstico de Diabetes Mellitus en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Diagnóstico Diabetes Mellitus	Frecuencia	%
Si	02	3,4
No	58	96,6
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

Gráfico 11. Distribución según diagnóstico de Diabetes Mellitus en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

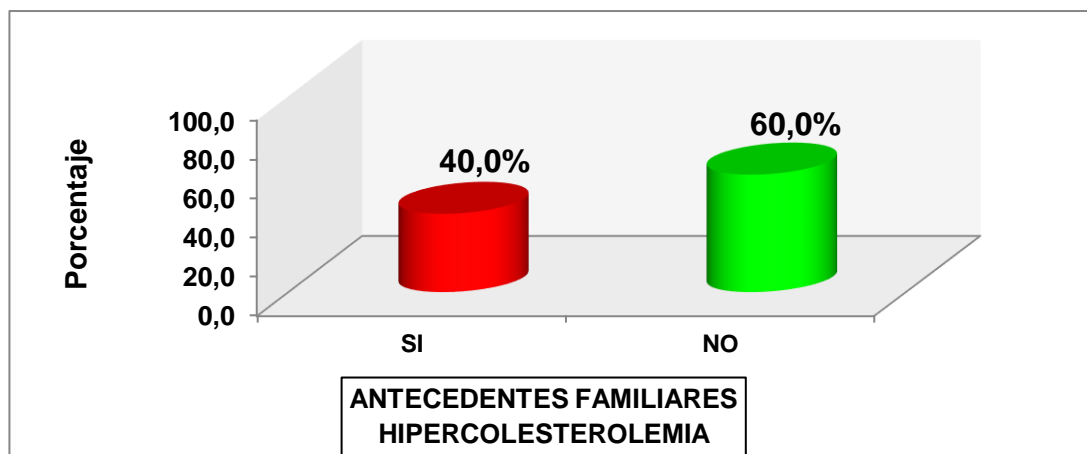
En relación al diagnóstico de Diabetes Mellitus en los adultos en estudio, se encontró que el 96,6% (58) no presentan esta patología; mientras que en menor proporción, solo un 3,4% (2) fueron diagnosticados con Diabetes Mellitus y actualmente se encuentran en tratamiento.

Tabla 10. Antecedentes familiares de Hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Antecedentes Familiares Hipercolesterolemia	n = 60	
	Nº	%
Tiene familiares con diagnóstico de Hipercolesterolemia		
Si	24	40,0
No	36	60,0
Total	60	100,0
Familiar que presenta Hipercolesterolemia		
Padre	03	5,0
Madre	12	20,0
Hermano(a)	09	15,0
No presentó Hipercolesterolemia	36	60,0
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

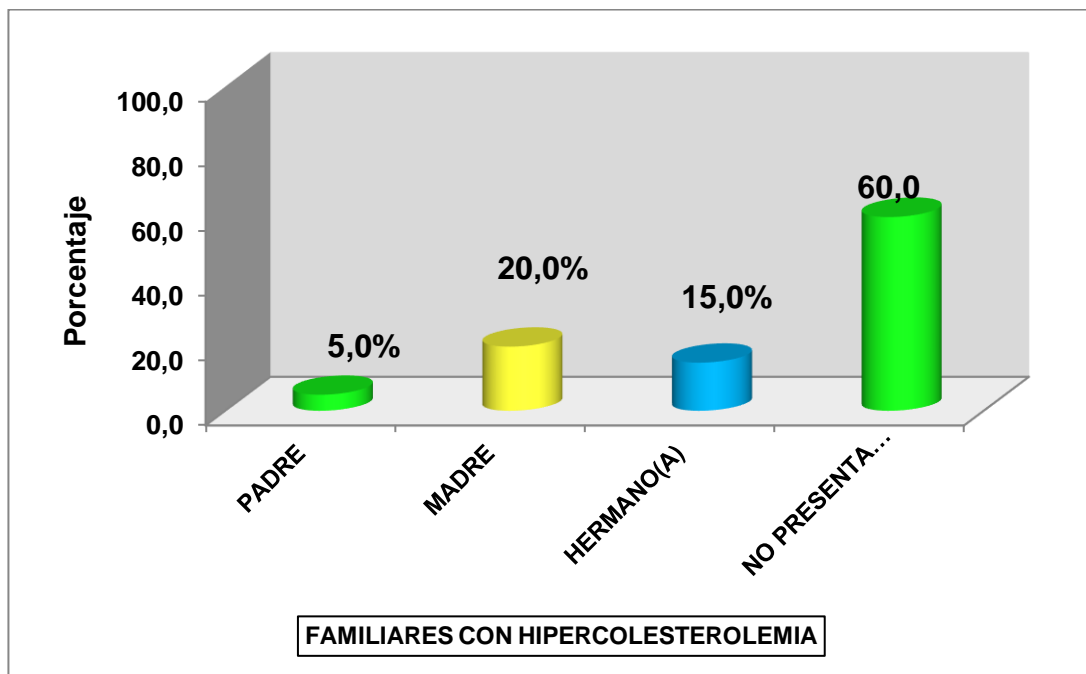
Gráfico 12. Distribución según antecedentes familiares con hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

Respecto a los antecedentes familiares de hipercolesterolemia en los adultos en estudio, se identificó que el 60,0% (36) no tienen familiares que tiene diagnóstico de Hipercolesterolemia; y el 40,0% (24) tienen familiares que presentan esta patología.

Gráfico 13. Distribución según familiares con Hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

En cuanto a los familiares que presentan Hipercolesterolemia, el 20,0% (12) señalaron que su madre presenta esta patología; el 15,0% (9) refirieron que sus hermanos son los que tienen esta enfermedad; y el 5,0% (3) restante manifestaron que su padre es el que presenta esta patología en su ambiente familiar.

Cabe mencionar que el 60,0% (36) de adultos encuestados no tuvieron familiares que tienen Hipercolesterolemia en esta investigación.

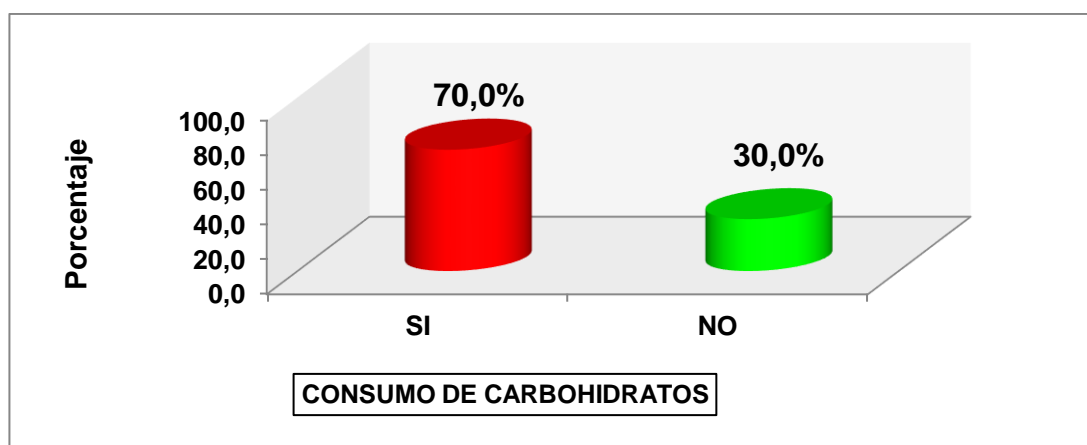
4.1.3. Factores de riesgo modificables.

Tabla 11. Consumo de alimentos ricos en carbohidratos en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Consumo de alimentos ricos en carbohidratos	n = 60	
	Nº	%
Consume alimentos ricos en carbohidratos		
Si	42	70,0
No	18	30,0
Total	60	100,0
Frecuencia de consumo de carbohidratos		
Siempre	14	23,3
Casi siempre	22	36,7
Algunas veces	06	10,0
Nunca	18	30,0
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

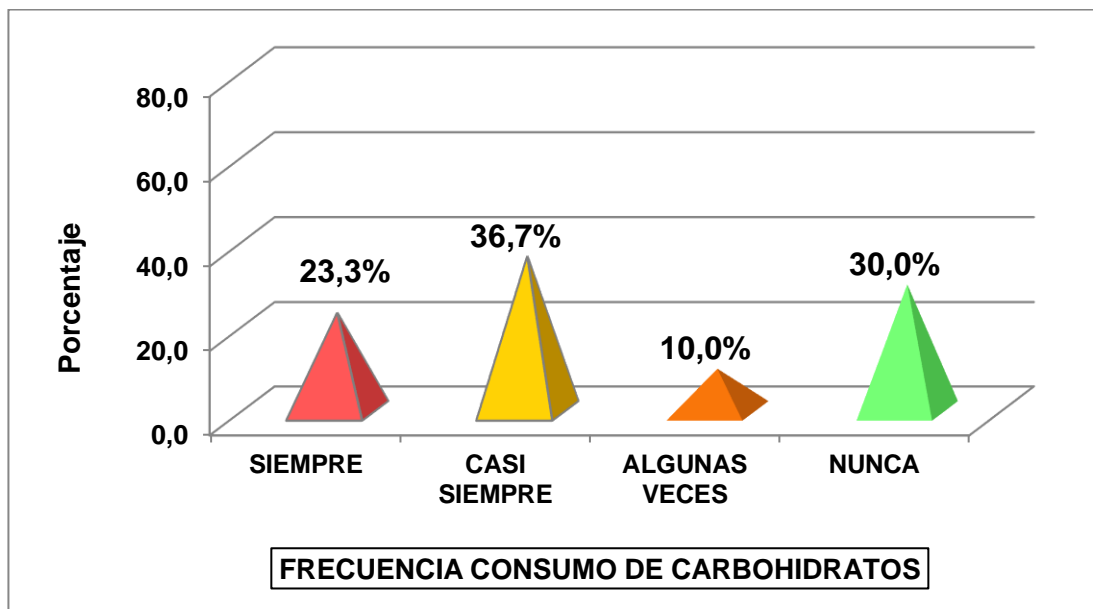
Gráfico 14. Distribución según consumo de carbohidratos en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

En relación al consumo de alimentos ricos en carbohidratos en los adultos en estudio, se encontró que el 70,0% (42) si consumen alimentos ricos en carbohidratos como la papa, yuca, camote, arroz, etc.; y el 30,0% (18) no consumen este tipo de alimentos.

Gráfico 15. Distribución según frecuencia de consumo de carbohidratos en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

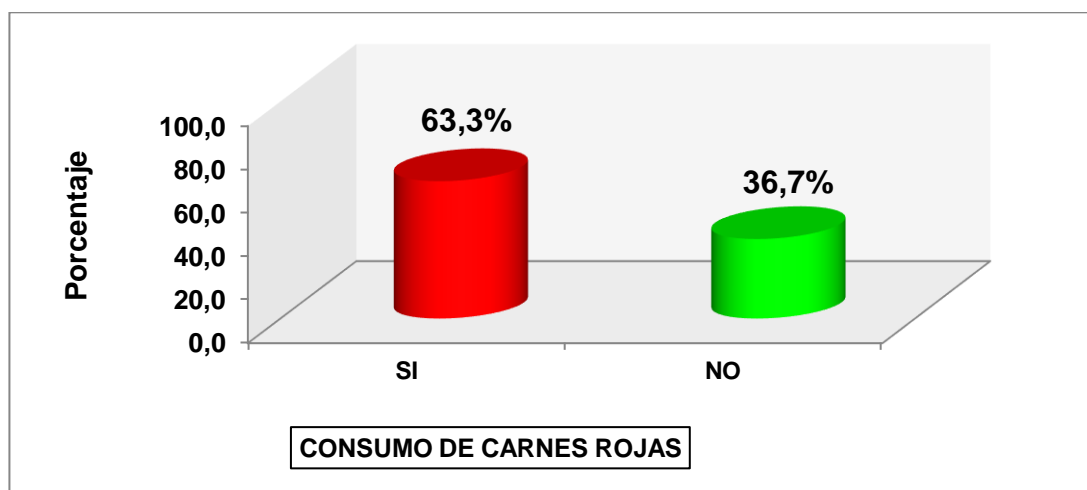
Respecto a la frecuencia de consumo de alimentos ricos en carbohidratos se identificó que el 36,7% (22) refirieron que casi siempre consumen este tipo de alimentos; el 30,0% (18) expresaron que nunca lo consumen; el 23,3% (14) manifestaron que siempre consumen estos alimentos; y por último, el 10,0% (6) restante declararon que solo algunas veces consumen alimentos ricos en carbohidratos.

Tabla 12. Consumo de carnes rojas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Consumo de carnes rojas	n = 60	
	Nº	%
Consume carnes rojas (res, cerdo, etc.)		
Si	38	63,3
No	22	36,7
Total	60	100,0
Frecuencia de consumo de carnes rojas		
Siempre	04	6,6
Casi siempre	10	16,7
Algunas veces	24	40,0
Nunca	22	36,7
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

Gráfico 16. Distribución según consumo de carnes rojas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

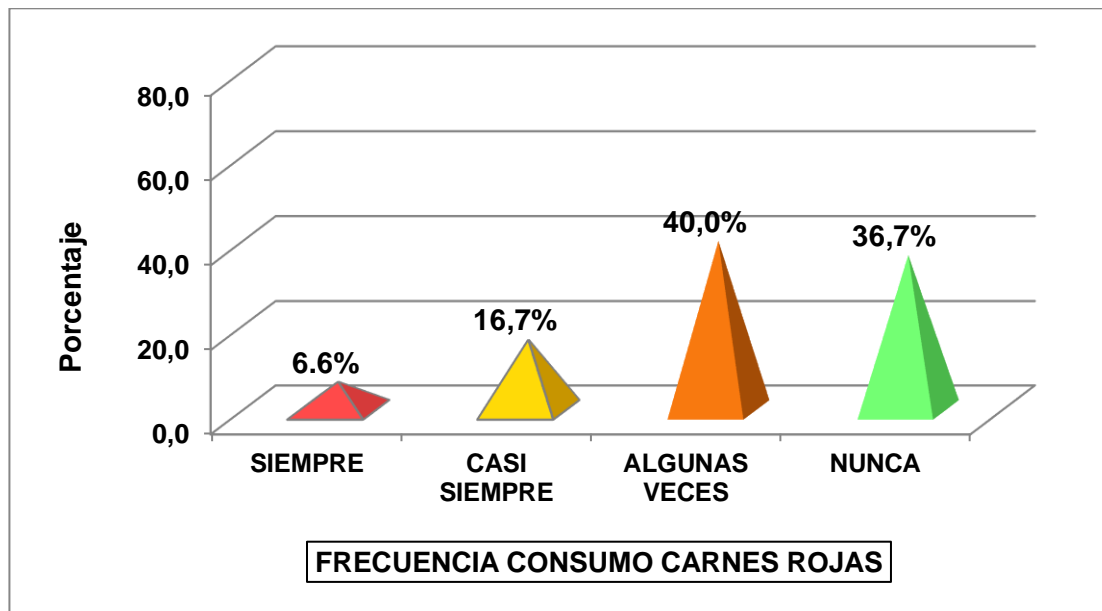


Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

En cuanto al consumo de carnes rojas en los adultos en estudio, el 63,3% (38) si consumen carnes rojas como la carne de res, cerdo,

embutidos, entre otros.; y el 36,7% (22) no consumen carnes rojas en su alimentación.

Gráfico 17. Distribución según frecuencia de consumo de carnes rojas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

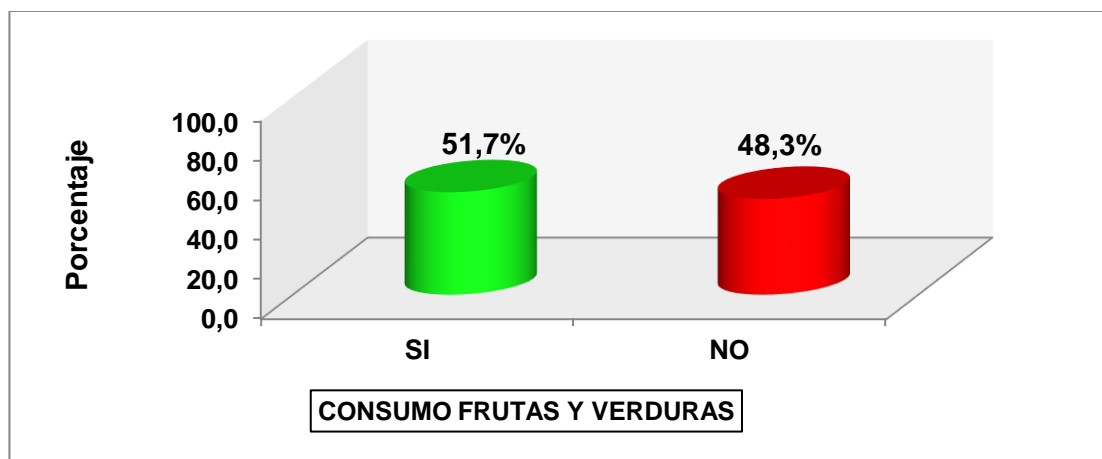
En relación a la frecuencia de consumo de carnes rojas, se encontró que el 40,0% (24) de encuestados refirieron que algunas veces consumen este tipo de alimentos; el 36,7% (22) expresaron que nunca lo consumen; el 16,7% (10) manifestaron que casi siempre consumen estos alimentos; y por último, el 6,6% (4) restante declararon que siempre consumen carnes rojas en su régimen alimenticio.

Tabla 13. Consumo de frutas y verduras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Consumo de frutas y verduras	n = 60	
	Nº	%
Consume frutas y verduras		
Si	31	51,7
No	29	48,3
Total	60	100,0
Frecuencia de consumo de frutas y verduras		
Siempre	02	3,3
Casi siempre	05	8,4
Algunas veces	24	40,0
Nunca	29	48,3
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

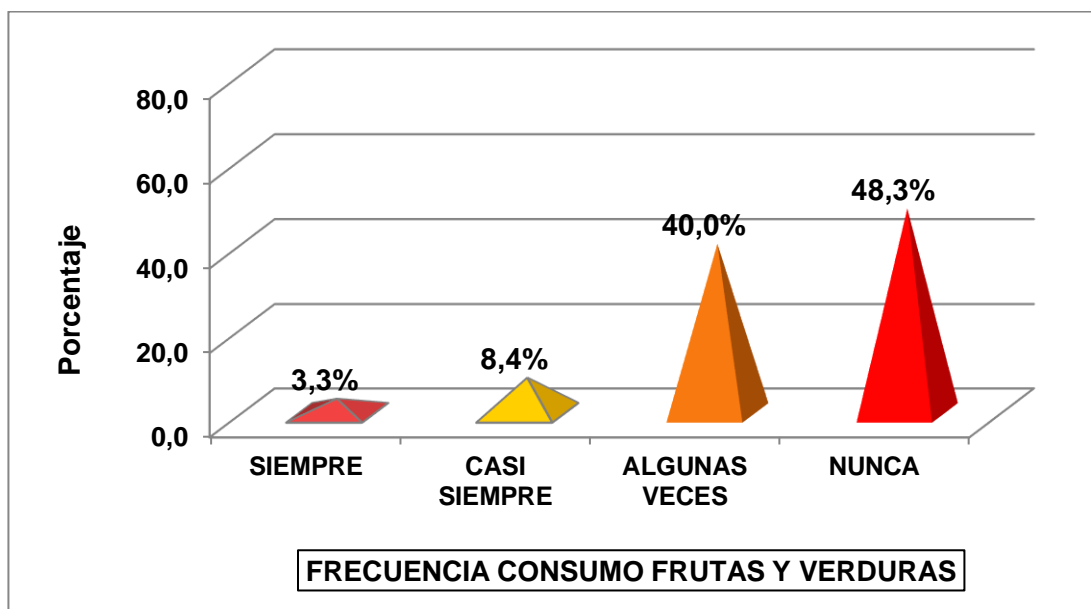
Gráfico 18. Distribución según consumo de frutas y verduras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

En relación al consumo de frutas y verduras en los adultos en estudio, el 51,7% (31) consumen frutas y verduras en su dieta alimenticia; y el 48,3% (29) restante no consumen frutas y verduras en su régimen alimenticio.

Gráfico 19. Distribución según frecuencia de consumo de frutas y verduras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

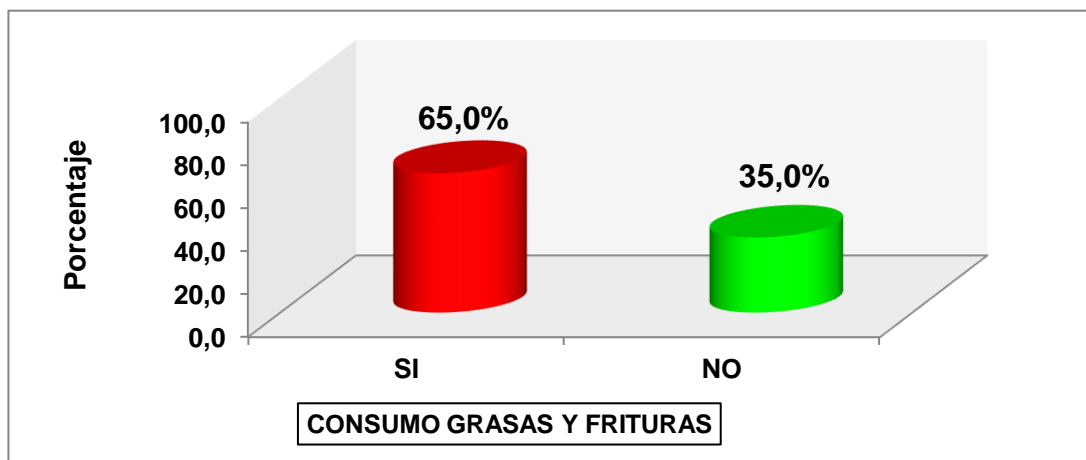
Respecto a la frecuencia de consumo de frutas y verduras, se identificó que el 48,3% (29) de encuestados refirieron que nunca consumen este tipo de alimentos; el 40,0% (24) expresaron que algunas veces consumen frutas y verduras; el 8,4% (5) manifestaron que casi siempre consumen estos alimentos; y por último, el 3,3% (2) restante declararon que siempre consumen frutas y verduras en su alimentación.

Tabla 14. Consumo de comidas ricas en grasas y frituras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Consumo de comidas ricas en grasas y frituras	n = 60	
	Nº	%
Consume grasas y frituras		
Si	39	65,0
No	21	35,0
Total	60	100,0
Frecuencia de consumo de grasas y frituras		
Siempre	05	8,3
Casi siempre	16	26,7
Algunas veces	18	30,0
Nunca	21	35,0
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

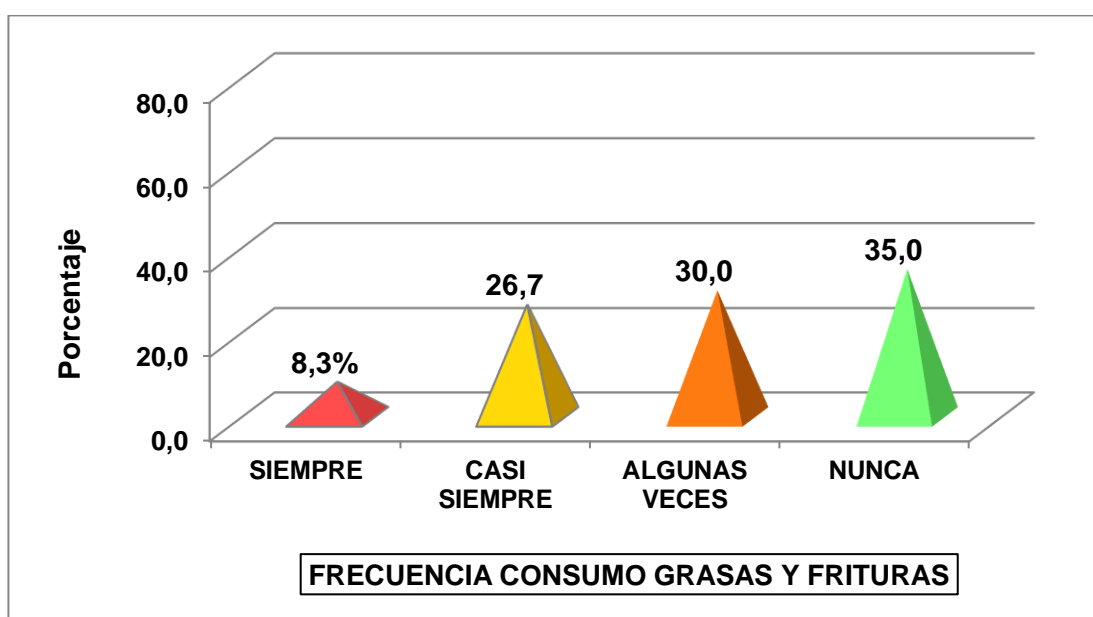
Gráfico 20. Distribución según consumo de grasas y frituras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

En cuanto al consumo de grasas, frituras y comidas rápidas en los adultos en estudio, el 65,0% (39) refirieron que si consumen alimentos ricos en grasas y frituras en su alimentación.; y el 35,0% (21) no consumen este tipo de alimentos en su dieta alimenticia.

Gráfico 21. Distribución según frecuencia de consumo de grasas y frituras en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

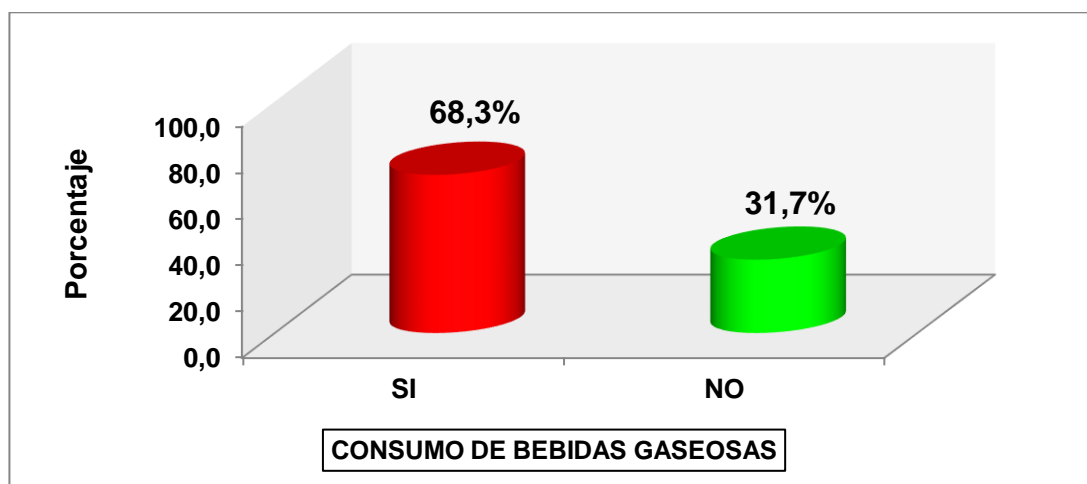
En relación a la frecuencia de consumo de grasas y frituras, se encontró que el 35,0% (21) de encuestados refirieron que nunca consumen este tipo de alimentos; el 30,0% (18) expresaron que algunas veces consumen grasas y frituras; el 26,7% (16) manifestaron que casi siempre consumen estos alimentos; y por último, el 8,3% (5) restante expresaron que siempre consumen alimentos ricos en grasas, frituras y comidas en su alimentación.

Tabla 15. Consumo de bebidas gaseosas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Consumo de bebidas gaseosas	n = 60	
	Nº	%
Consume bebidas gaseosas		
Si	41	68,3
No	19	31,7
Total	60	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas gaseosas		
Siempre	03	5,0
Casi siempre	14	23,3
Algunas veces	24	40,0
Nunca	19	31,7
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

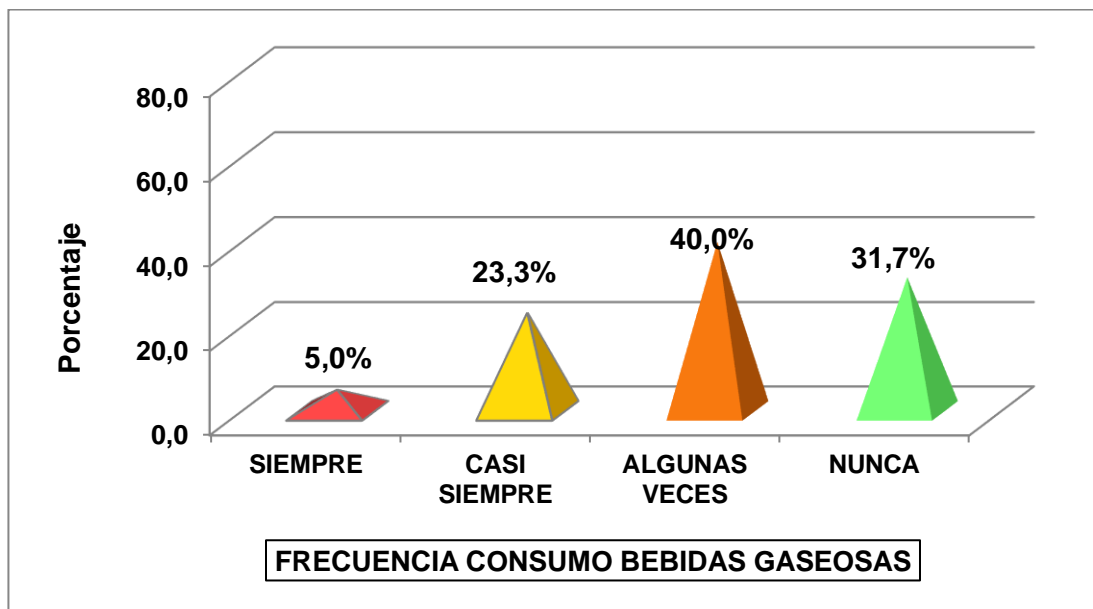
Gráfico 22. Distribución según consumo de bebidas gaseosas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

Respecto al consumo de bebidas gaseosas en los adultos en estudio, se encontró que el 68,3% (41) si consumen bebidas gaseosas.; y el 31,7% (19) refirieron que no consumen este tipo de bebidas.

Gráfico 23. Distribución según frecuencia de consumo de bebidas gaseosas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

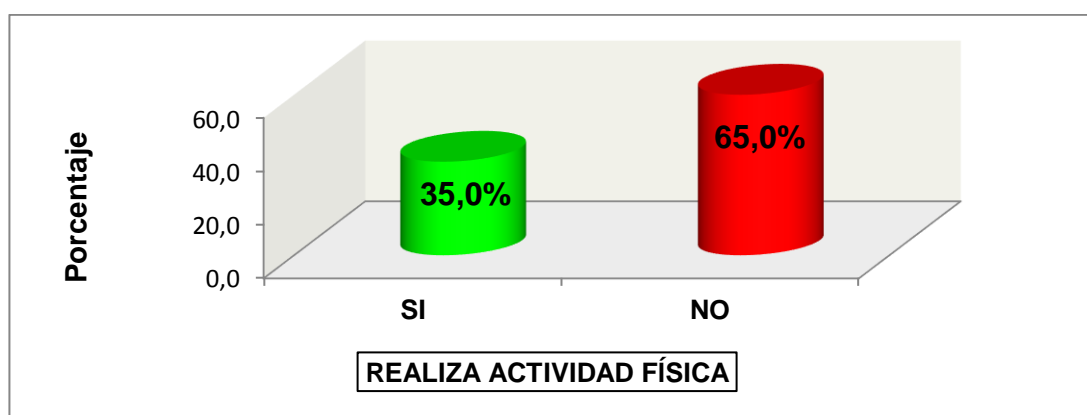
En cuanto a la frecuencia de consumo de bebidas gaseosas, se encontró que el 40,0% (24) de encuestados refirieron que algunas veces consumen este tipo de bebidas; el 31,7% (19) expresaron que nunca consumen gaseosas; el 23,3% (14) manifestaron que casi siempre consumen estas bebidas; y por último, el 5,0% (3) restante expresaron que siempre consumen bebidas gaseosas.

Tabla 16. Actividad física en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Actividad física	n = 60	
	Nº	%
Realiza actividad física		
Si	21	35,0
No	39	65,0
Total	60	100,0
Frecuencia de actividad física		
Casi siempre	06	10,0
Algunas veces	15	25,0
Nunca	39	65,0
Total	60	100,0
Tiempo de actividad física		
Menos de 30 minutos	18	30,0
De 30 minutos a 1 hora	03	5,0
No realiza actividad física	39	65,0
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

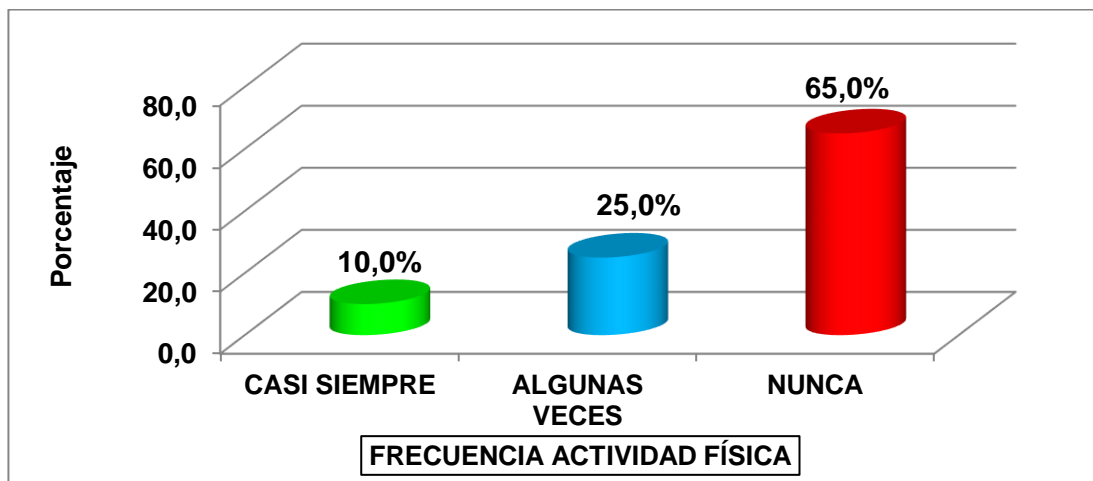
Gráfico 24. Distribución según actividad física en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

En relación a la práctica de actividad física en los adultos en estudio, el 65,0% (39) no realizan actividad física; y 35,0% (21) restante si lo realizan.

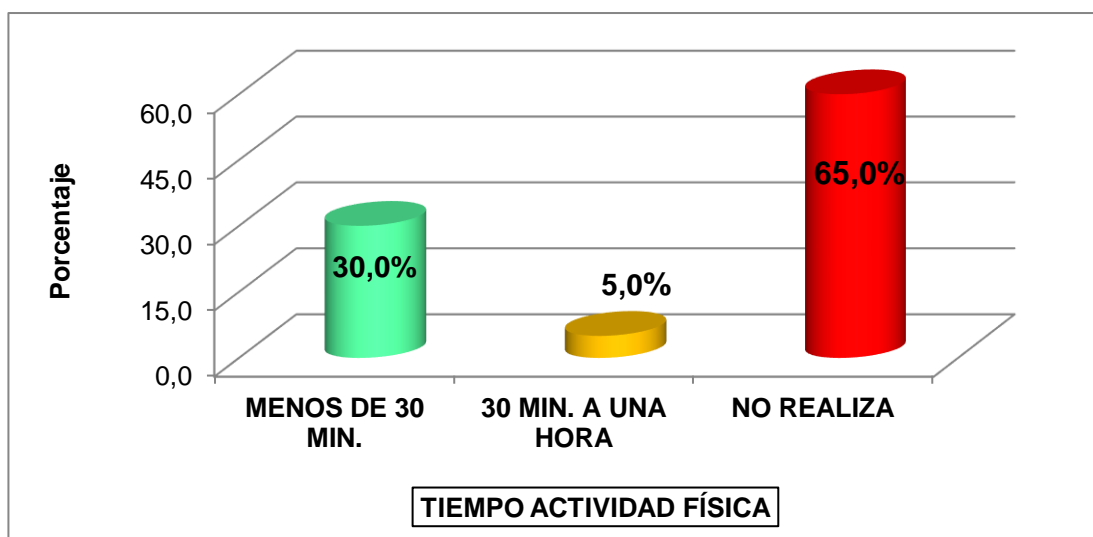
Gráfico 25. Distribución según frecuencia de actividad física en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

En cuanto a la frecuencia de actividad física, el 65,0% (39) no practican actividad física, el 25,0% (15) refirieron que algunas veces realizan ejercicios y el 10,0% (6) restante casi siempre practican actividad física.

Gráfico 26. Distribución según tiempo de actividad física en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

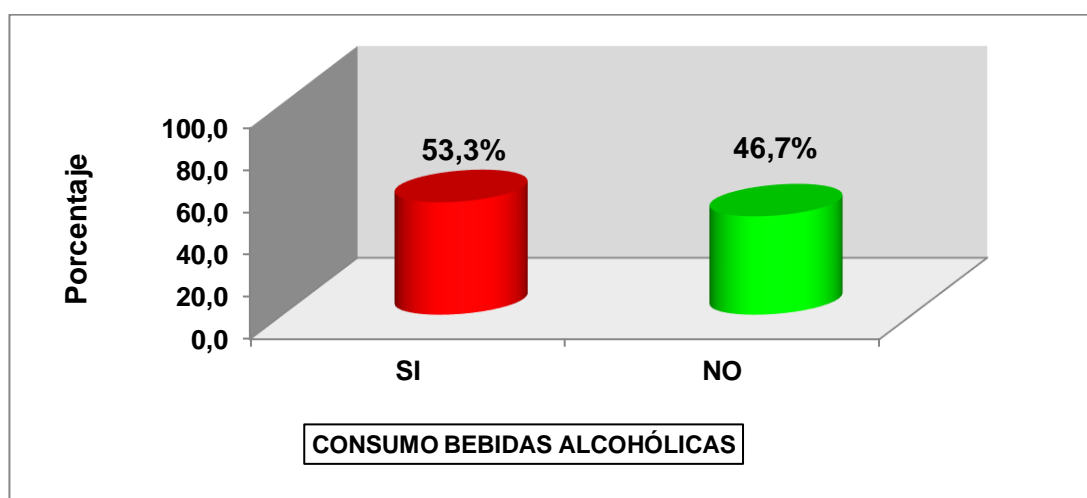
Y en referencia al tiempo de actividad física, el 65,0% (39) no realiza actividad física 30,0% (18) realiza actividad física menos de 30 minutos; y el 5% (3) realizan de 30 minutos a 1 hora de actividad física.

Tabla 17. Consumo de bebidas alcohólicas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Consumo de bebidas alcohólicas	n = 60	
	Nº	%
Consume bebidas alcohólicas		
Si	32	53,3
No	28	46,7
Total	60	100,0
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas		
Casi siempre	03	5,0
Algunas veces	29	48,3
Nunca	28	46,7
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

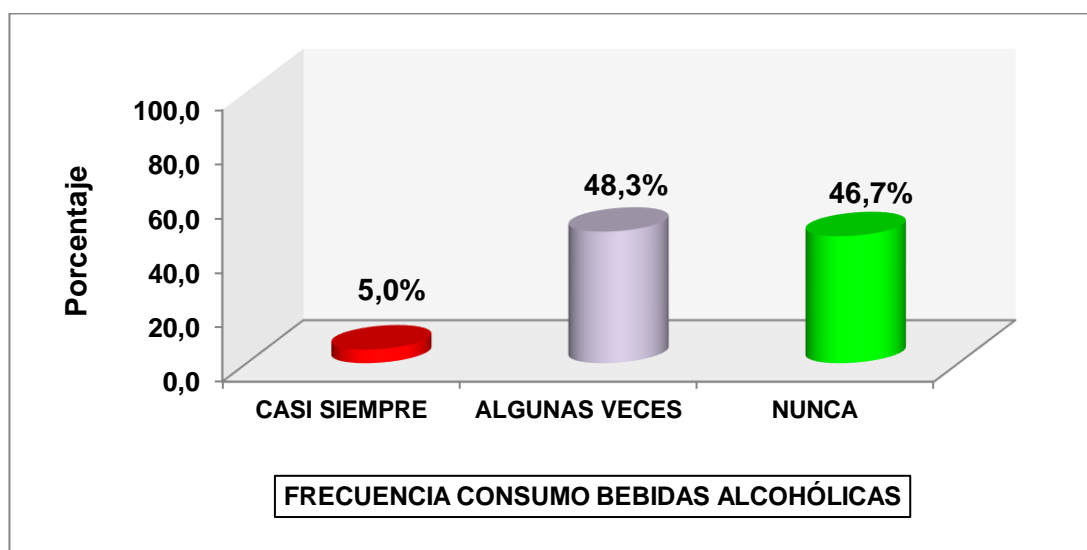
Gráfico 27. Distribución según consumo de bebidas alcohólicas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas en los adultos en estudio, se encontró que el 53,3% (32) de encuestados manifestaron que si consumen bebidas alcohólicas.; mientas que el 46,7% (28) restante refirieron que no consumen bebidas alcohólicas.

Gráfico 28. Distribución según frecuencia de consumo de bebidas gaseosas en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

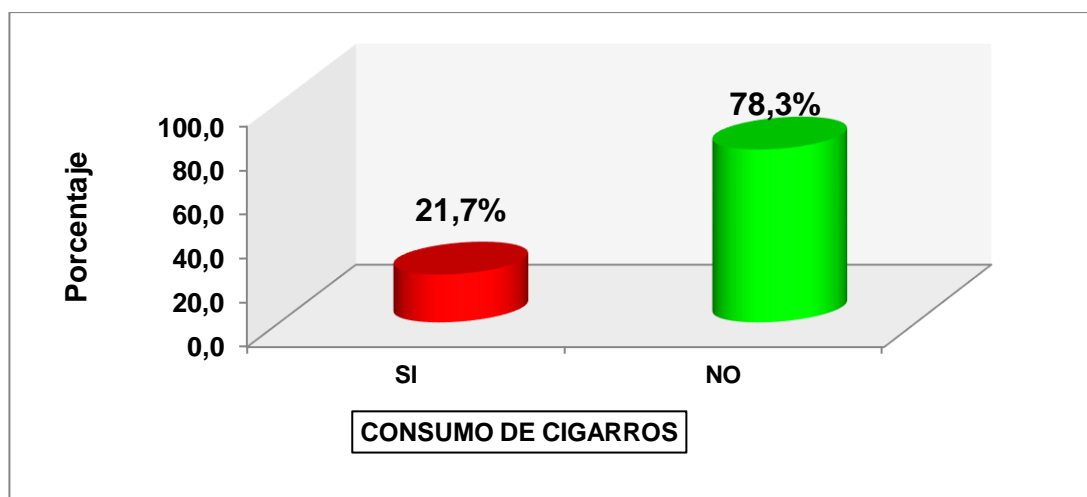
En relación a la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, se evidenció que el 46,7% (28) de encuestados refirieron que nunca consumen este tipo de bebidas; el 48,3% (29) expresaron que solo lo consumen algunas veces y el 5,0% (3) restante expresaron que casi siempre consumen bebidas alcohólicas.

Tabla 18. Consumo de cigarros en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Consumo de cigarros	n = 60	
	Nº	%
Consume cigarros		
Si	13	21,7
No	47	78,3
Total	60	100,0
Frecuencia de consumo de cigarros		
Casi siempre	02	3,3
Algunas veces	11	18,4
Nunca	47	78,3
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

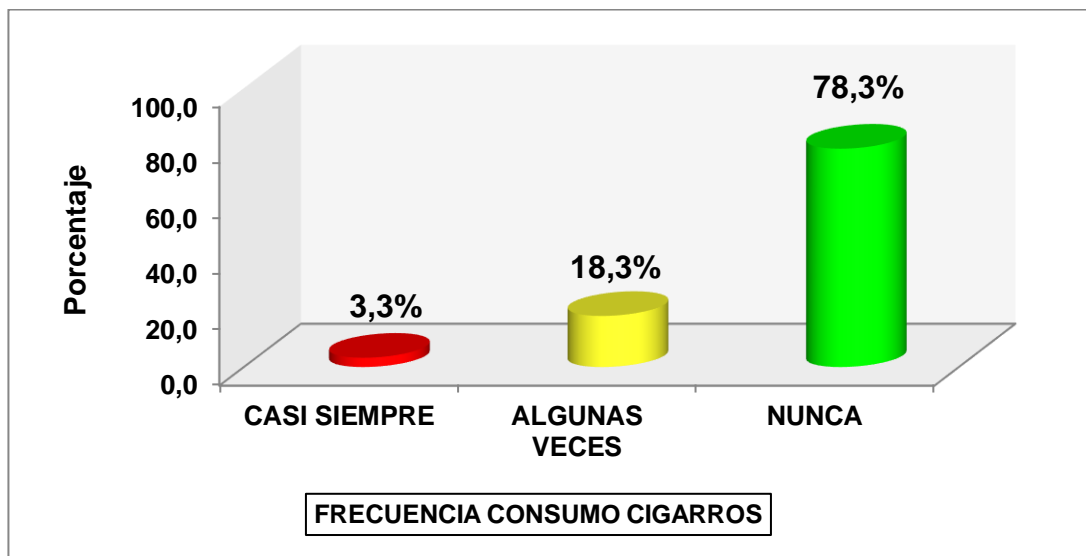
Gráfico 29. Distribución según consumo de cigarros en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

Respecto al consumo de cigarros en los adultos en estudio, se encontró que el 78,3% (43) de encuestados manifestaron no consumen cigarros.; mientras que el 21,7% (13) restante refirieron que si consumen cigarros pues tienen el hábito de fumar en su vida diaria.

Gráfico 30. Distribución según frecuencia de consumo de cigarros en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

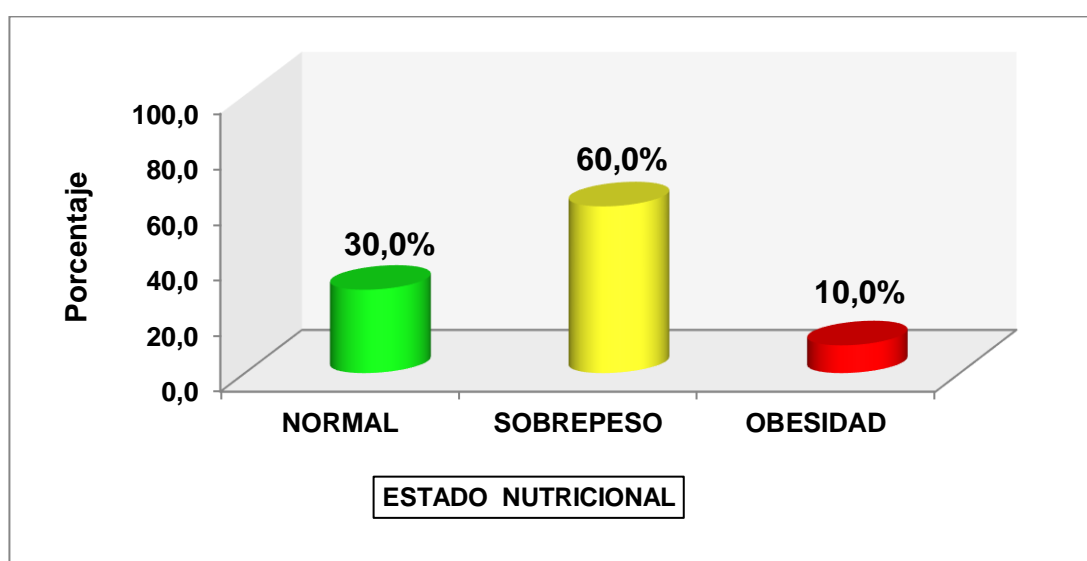
En cuanto a la frecuencia de consumo de cigarros, se evidenció que el 78,3% (47) de encuestados refirieron que nunca fuman; el 18,4% (11) expresaron que solo lo hacen algunas veces y el 3,3% (2) restante manifestaron que casi siempre tienen el hábito de fumar.

Tabla 19. Estado nutricional de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Estado nutricional	Frecuencia	%
Normal	18	30,0
Sobrepeso	36	60,0
Obesidad	06	10,0
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

Gráfico 31. Distribución según frecuencia de consumo de cigarros en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

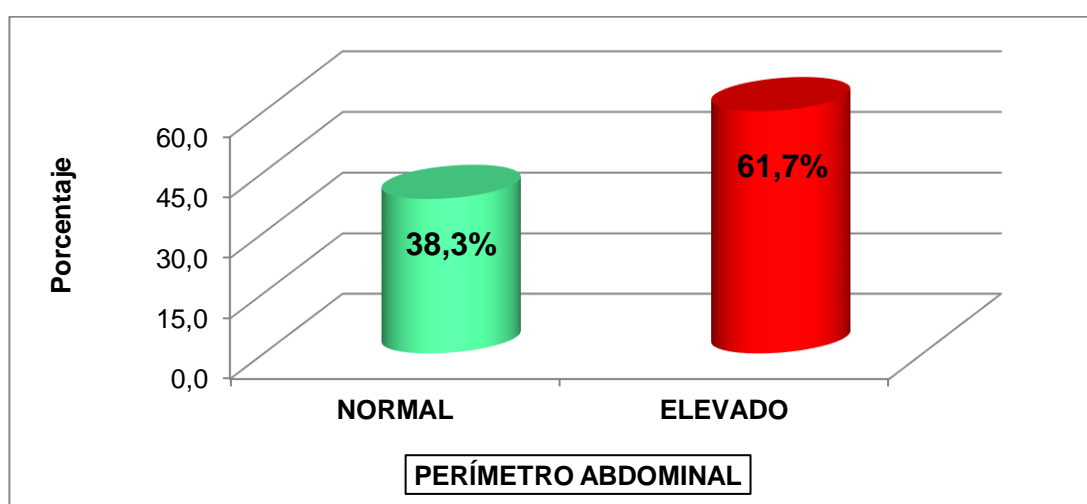
En relación al estado nutricional de los adultos participantes de la presente investigación, se observó que el 60,0% (36) de encuestados presentaron sobrepeso, el 30,0% (18) tuvieron un estado nutricional normal; y el 10,0% (6) restante presentaron obesidad.

Tabla 20. Perímetro abdominal de los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Perímetro abdominal	Frecuencia	%
Normal	23	38,3
Elevado	37	61,7
Total	60	100,0

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01).

Gráfico 32. Distribución según perímetro abdominal en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 01).

Respecto al perímetro abdominal de los adultos participantes en esta investigación, se encontró que el 61,7% (37) de encuestados tuvieron un perímetro elevado, dado que la circunferencia abdominal observada era mayor a los 90 cm. en varones y 85 cm. en las mujeres, constituyendo en un factor e indicador de riesgo para el desarrollo de enfermedades metabólicas, cardiovasculares y no transmisibles; mientras que el 38,3% (23) restante presentaron un perímetro abdominal que se situó dentro de los parámetros normales de evaluación.

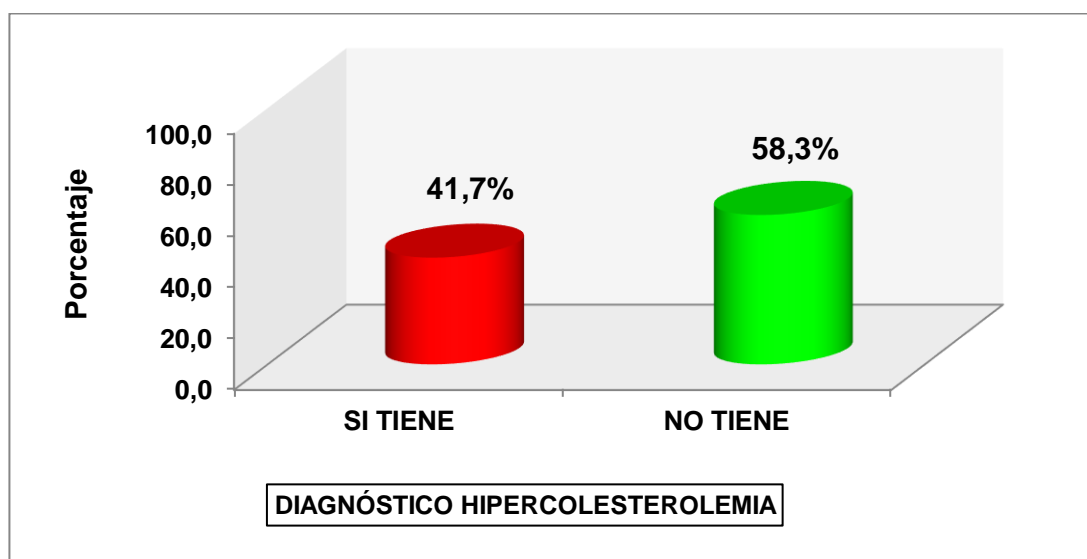
4.1.4. Hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

Tabla 21. Diagnóstico de hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Diagnóstico de Hipercolesterolemia	Frecuencia	%
Si tiene	25	41,7
No tiene	35	58,3
Total	60	100,0

Fuente. Ficha de análisis documental para valoración de Hipercolesterolemia (Anexo 02).

Gráfico 33. Distribución según diagnóstico de hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.



Fuente. Simón ventura Janeth – cuestionario (Anexo 0).

En cuanto al diagnóstico de Hipercolesterolemia en la muestra en estudio, se identificó que el 58,3% (35) de adultos no tuvieron diagnóstico de hipercolesterolemia, es decir que sus valores de colesterol registrados en su historia clínica fueron menores o iguales a 200 mg/dl.; mientras que el 41,7% (25) restante si fueron diagnosticados con Hipercolesterolemia por un médico tratante y sus valores de colesterol fueron mayores a 200mg/dl.

4.2. Contrastación y prueba de hipótesis.

Tabla 22. Factores de riesgo sociodemográficos que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Factores de riesgo sociodemográficos	Hipercolesterolemia				Total		Chi Cuadrado	P (valor)
	Si tiene		No tiene					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Edad > 50 años								
Si	16	26,7	13	21,6	29	48,3	4,212	0,040
No	09	15,0	22	36,7	31	51,7		
Sexo masculino								
Si	09	15,0	11	18,3	20	33,3	0,137	0,711
No	16	26,7	24	40,0	40	66,7		
No tener pareja								
Si	09	15,0	05	18,3	14	23,3	5,188	0,023
No	16	26,7	30	50,0	46	76,7		
Grado de escolaridad bajo								
Si	14	23,3	22	36,7	36	60,0	0,286	0,593
No	11	18,4	13	21,6	24	40,0		
No tener trabajo estable								
Si	20	33,4	29	48,3	49	81,7	0,080	0,778
No	05	8,3	06	10,0	11	18,3		
Ingreso económico bajo								
Si	20	33,4	26	43,3	46	36,0	0,266	0,606
No	05	8,3	09	15,0	14	64,0		
TOTAL	25	41,7	35	58,3	60	100,0		

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01) y Ficha de análisis documental para valoración de Hipercolesterolemia (Anexo 02)

Respecto a la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y la hipercolesterolemia en los adultos en estudio, se evidenció con la prueba del Chi Cuadrado que se encontró relación significativa entre ser mayor de 50 años y la presencia de hipercolesterolemia [$X^2 = 4,212$; $p = 0,040$]; por ello, se concluye que tener una edad mayor de 50 años constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

En cuanto al sexo, no se encontró relación significativa entre ser del sexo masculino y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 0,137$; $p = 0,711$]; por ello se concluye que ser del sexo masculino no constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

En referencia al estado civil, se encontró relación significativa entre no tener pareja y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 5,188$; $p = 0,023$]; por consiguiente se concluye que no tener pareja constituye un factor de riesgo que influyen en la Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

Respecto al grado de escolaridad, no se encontró relación significativa entre tener grado de escolaridad bajo y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 0,286$; $p = 0,593$]; por ende, se concluye que tener bajo grado de escolaridad no constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

En relación a la ocupación, no se encontró relación significativa entre no tener trabajo estable y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 0,080$; $p = 0,778$]; por ello, se concluye que no tener trabajo estable no constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

Y por último, en cuanto al ingreso económico mensual, no se identificó relación significativa entre tener ingreso socioeconómico bajo y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 0,266$; $p = 0,606$]; concluyéndose que el ingreso económico bajo constituye un factor de riesgo que influye en la presencia de Hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

Tabla 23. Factores de riesgo no modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Factores de riesgo no modificables	Hipercolesterolemia				Total		Chi Cuadrado	P (valor)
	Si tiene		No tiene					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Antecedentes familiares de patologías cardiovasculares								
Si	12	20,0	08	13,3	20	33,3	4,149	0,042
No	13	21,7	27	45,0	40	66,7		
Antecedentes familiares de Diabetes Mellitus								
Si	14	23,3	09	15,0	23	38,3	5,659	0,017
No	11	18,4	26	43,3	37	61,7		
Diagnóstico de Diabetes Mellitus								
Si	02	3,4	00	0,0	02	3,4	2,897	0,089
No	23	38,3	35	58,3	58	76,6		
Antecedentes familiares de Hipercolesterolemia								
Si	07	11,7	17	28,3	24	40,0	2,571	0,109
No	18	30,0	18	30,0	36	60,0		
TOTAL	25	41,7	35	58,3	60	100,0		

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01) y Ficha de análisis documental para valoración de Hipercolesterolemia (Anexo 02)

En cuanto a la relación entre los factores de riesgo no modificables y presencia de Hipercolesterolemia en los adultos en estudio, se halló mediante la prueba del Chi Cuadrado de Independencia que se encontró relación estadísticamente significativa entre tener antecedentes familiares de patologías cardiovasculares y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 4,149$; $p = 0,042$]; concluyéndose que tener antecedentes de familiares con

patologías cardiovasculares constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

Respecto a los antecedentes familiares de Diabetes Mellitus, se encontró relación estadísticamente significativa entre tener familiares con diagnóstico de Diabetes Mellitus y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 5,659$; $p = 0,017$]; concluyéndose que tener antecedentes de familiares con Diabetes Mellitus constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

En referencia al diagnóstico de Diabetes Mellitus, no se encontró relación significativa entre tener Diabetes Mellitus y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 2,897$; $p = 0,089$]; concluyéndose que tener Diabetes Mellitus constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

Y por último, respecto a los antecedentes familiares de Hipercolesterolemia, se encontró relación estadísticamente significativa entre tener familiares con diagnóstico de Hipercolesterolemia y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 5,659$; $p = 2,571$]; concluyéndose que tener antecedentes de familiares con Hipercolesterolemia constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

Tabla 24. Factores de riesgo modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.

Factores de riesgo modificables	Hipercolesterolemia				Total		Chi Cuadrado	P (valor)
	Si tiene		No tiene					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<hr/>								
Consumo de carbohidratos								
Si	23	38,3	19	31,7	42	70,0	9,878	0,002
No	02	3,4	16	26,6	18	30,0		
Consumo de carnes rojas								
Si	21	35,0	17	28,3	38	63,3	7,882	0,005
No	04	6,7	18	30,0	22	36,7		
Inadecuado consumo de frutas y verduras								
Si	14	23,3	15	25,0	29	48,3	1,009	0,315
No	11	18,4	20	33,3	31	51,7		
Consumo de grasas y frituras								
Si	21	35,0	18	30,0	39	65,0	6,801	0,009
No	04	6,7	17	28,3	21	35,0		
Consumo de bebidas gaseosas								
Si	22	36,7	19	31,6	41	68,3	7,660	0,006
No	03	5,0	16	26,7	19	31,7		
Sedentarismo								
Si	20	33,3	16	26,7	36	60,0	7,143	0,008
No	05	8,4	19	31,6	24	40,0		
Consumo de bebidas alcohólicas								
Si	12	20,0	20	33,3	32	53,3	0,490	0,484
No	13	21,7	15	25,0	28	46,7		
Consumo de cigarros								
Si	09	15,0	04	6,7	13	21,7	5,188	0,023
No	16	26,7	31	51,6	36	78,3		
Tener sobrepeso u obesidad								
Si	22	36,7	20	33,3	42	70,0	6,612	0,010
No	03	5,0	15	25,0	18	30,0		
Tener perímetro abdominal elevado								
Si	21	35,0	16	26,7	37	61,7	9,043	0,003
No	04	6,7	19	31,6	23	38,3		
TOTAL	25	41,7	35	58,3	60	100,0		

Fuente. Cuestionario de identificación de factores de riesgo de hipercolesterolemia (Anexo 01) y Ficha de análisis documental para valoración de Hipercolesterolemia (Anexo 02)

En cuanto a la relación entre los factores de riesgo modificables y la Hipercolesterolemia en los adultos en estudio, se identificó mediante la prueba del Chi Cuadrado de Independencia que se encontró relación estadísticamente significativa entre el consumo frecuente de alimentos ricos en carbohidratos y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 9,243$; $p = 0,005$]; por lo que se concluye que el consumo frecuente de carbohidratos constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

En cuanto al consumo de carnes rojas, se encontró relación significativa entre el consumo frecuente de carnes rojas y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 7,882$; $p = 0,005$]; concluyéndose que el consumo frecuente de carnes rojas constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

En relación al consumo de frutas y verduras, no se encontró relación estadísticamente significativa entre el inadecuado consumo de frutas y verduras con la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 1,009$; $p = 0,315$] concluyéndose que inadecuado consumo de frutas y verduras no constituye un factor de riesgo que influye en la presencia de Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

En referencia al consumo de grasas y frituras, se encontró relación estadísticamente significativa entre el consumo frecuente de grasas y frituras con la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 6,801$; $p = 0,009$] por lo que se concluye que el consumo de grasas y frituras constituye un factor de riesgo que influye en la presencia de Hipercolesterolemia en los adultos participantes del estudio.

En cuanto al consumo de bebidas gaseosas, se encontró relación estadísticamente significativa entre el consumo frecuente de bebidas gaseosas y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 7,660$; $p = 0,006$] concluyéndose que el consumo frecuente de bebidas gaseosas constituye un factor de riesgo que influye en la presencia de Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

Respecto al sedentarismo, se encontró relación estadísticamente significativa entre la práctica frecuente de sedentarismo y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 7,143$; $p = 0,008$] concluyéndose que no realizar actividad física constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

En referencia al consumo de bebidas alcohólicas, no se encontró relación estadísticamente significativa entre el consumo de bebidas alcohólicas y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 0,490$; $p = 0,484$] concluyéndose que el consumo de bebidas alcohólicas no constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

En relación al consumo de cigarros, se encontró relación significativa entre el consumo frecuente de cigarros y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 5,188$; $p = 0,023$] por ello, se concluye que el consumo de cigarros constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

En cuanto al estado nutricional, se halló relación estadísticamente significativa entre tener sobrepeso u obesidad y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 6,612$; $p = 0,010$] por ende, se concluye que tener

sobrepeso u obesidad constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en los adultos participantes del presente estudio de investigación.

Y por último, en cuanto al perímetro abdominal, se identificó relación estadísticamente significativa entre tener perímetro abdominal y la presencia de Hipercolesterolemia [$X^2 = 9,043$; $p = 0,003$]; concluyéndose tener perímetro abdominal constituye un factor de riesgo que influye en la Hipercolesterolemia en la muestra en estudio.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Contrastación de resultados.

El estudio de investigación respecto a los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez, realizado en el distrito de Mariano Dámaso Beraún, provincia de Leoncio Prado y departamento de Huánuco; evidenció a través de la prueba no paramétrica del Chi Cuadrado (X^2), que hubieron factores de riesgo sociodemográficos, modificables y no modificables, que influyeron de manera estadísticamente significativa en el desarrollo de hipercolesterolemia en la muestra en estudio

Respecto a la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y la hipercolesterolemia; se identificó que ser mayor de 50 años [$X^2 = 4,212$; $p = 0,040$] y no tener pareja estable [$X^2 = 5,188$; $p = 0,023$] fueron los factores que se relacionaron de manera estadísticamente significativa con la presencia de hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Gómez y Sevillano⁷⁰, quienes también identificaron que las personas mayores de 50 años son los que tienen mayor riesgo de presentar hipercolesterolemia; señalando además que a medida que aumenta la edad, se incrementa de manera exponencial el riesgo de padecer alteraciones metabólicas y patologías cardiovasculares.

Por su parte, Montiel⁷¹ también concuerda en que la edad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la

hipercolesterolemia; pues en su tesis de investigación pudo evidenciar que las mayores tasas de prevalencia de hipercolesterolemia se presentaron en personas que tuvieron más de 50 años de edad; señalando además que esto se debe a los cambios propios del proceso de envejecimiento que incrementa de manera exponencial el riesgo de presentar patologías cardiovasculares, que en cierta medida, se ha identificado en el presente estudio de investigación.

Al respecto Neciosup⁷² establece que las personas mayores de 50 años constituyen el grupo etáreo más afectado con la prevalencia de hipercolesterolemia, señalando que es importante priorizar las estrategias de intervención en este grupo poblacional, orientadas a prevenir las alteraciones metabólicas y cardiovasculares, que también ha sido reportado en esta investigación.

Por otro lado, Carbajal⁷³ llegó a la conclusión de que no tener una pareja estable es considerado un factor de riesgo predisponente para el desarrollo de patologías cardiovasculares; debido a los patrones alimenticios que se adoptan cuando se vive solo, caracterizado por un alto consumo de comidas rápidas y alimentos de fácil preparación que aumentan significativamente el riesgo de presentar hipercolesterolemia; que también se evidenció en esta investigación.

Asimismo Barreda⁷⁴ también llegó a la conclusión de que las personas que viven con una pareja estable son las que menor riesgo tienen de presentar hipercolesterolemia; fundamentando esta relación en la premisa de que en las relaciones maritales unidas bajo el vínculo

del matrimonio o la convivencia se prioriza la práctica de estilos de vida saludables, que se relacionan con un menor riesgo de presentar una patología cardiovascular, que en cierta medida, se ha observado en la presente investigación.

En cuanto a la relación entre los factores de riesgo no modificables y la hipercolesterolemia, se encontró que tener antecedentes familiares de patologías cardiovasculares [$X^2 = 4,149$; $p = 0,042$] y tener antecedentes familiares de Diabetes Mellitus [$X^2 = 5,659$; $p = 0,017$]; fueron los factores que se asociaron de manera significativa con la presencia de Hipercolesterolemia en los adultos en estudio.

Estos resultados son similares a los encontrados por Machado⁽⁷⁵⁾, quien concluyó que la herencia desempeña un rol trascendental en la valoración del riesgo de hipercolesterolemia; señalando además que tener antecedentes de familiares con patologías cardiovasculares o Diabetes Mellitus aumenta de manera significativa el riesgo de presentar hipercolesterolemia y otras dislipidemias.

Por su parte Aguilar⁽⁷⁶⁾ también identificó resultados similares a los del presente estudio, concordando en que los antecedentes familiares constituyen un factor de riesgo no modificable e independiente para la presencia de hipercolesterolemia, señalando además que las personas que tienen un pariente de primer grado con patología cardiovascular, son las que tienen mayor riesgo de presentar una enfermedad arterial coronaria que la población general.

Por su parte, Carbajal⁽⁷⁷⁾ en su tesis de investigación también concluyó que los factores hereditarios se constituyen en factores de riesgo para la presencia de diversas patologías, señalando que las personas que tienen familiares que presentan alguna enfermedad cardiovascular o metabólica son los que mayor riesgo tienen de presentar algún tipo de dislipidemia o patología cardiovascular.

Robledo y Siccardi⁽⁷⁸⁾ también evidenciaron que existe relación significativa entre los factores hereditarios y la hipercolesterolemia, estableciendo que aquellos pacientes que tienen familiares que tienen patologías cardiovasculares son los que mayor riesgo tienen de presentar hipercolesterolemia debido a su carga genética y familiar, que también se ha evidenciado en esta investigación.

Escobedo, De Jesús, Schargrodsky y Champagne⁽⁷⁹⁾ también establecieron que las personas que tienen familiares con antecedentes de Diabetes Mellitus son los que tienen un riesgo elevado de presentar hipercolesterolemia, señalando además que es importante y prioritaria la implementación de políticas públicas de salud orientadas a disminuir los factores de riesgo cardiovascular en el desarrollo de la hipercolesterolemia y otras dislipidemias.

Y por último, respecto a la relación entre los factores de riesgo modificables y la hipercolesterolemia, se halló que el consumo de carbohidratos [$X^2 = 9,878$; $p = 0,002$]; consumo de carnes rojas [$X^2 = 7,882$; $p = 0,005$]; consumo de grasas y frituras [$X^2 = 6,801$; $p = 0,009$]; consumo de bebidas gaseosas [$X^2 = 7,660$; $p = 0,006$]; el sedentarismo [$X^2 = 7,143$; $p = 0,008$]; consumo de cigarros [$X^2 = 5,188$; $p = 0,023$];

tener sobrepeso u obesidad [$X^3 = 6,612$; $p = 0,010$] y tener perímetro abdominal elevado [$X^2 = 9,043$; $p = 0,003$] fueron los factores que se asociaron de forma estadísticamente significativa con la Hipercolesterolemia en los adultos participantes de la investigación.

Estos resultados son similares a los reportados por Robledo y Siccardi⁽⁸⁰⁾, quienes evidenciaron que el sedentarismo, el consumo de comidas ricas en grasas y el consumo de bebidas gaseosas fueron los factores que se relacionaron de manera significativa con el desarrollo de la hipercolesterolemia; señalando que es importante realizar una valoración clínica familiar para poder cuantificar los factores de riesgo e implementar medidas de intervención en el contexto familiar, que también fue considerado en la presente investigación.

Por su parte Montiel⁽⁸¹⁾ identificó que los factores de riesgo que influyeron de manera significativa en el desarrollo de la hipercolesterolemia fueron la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alimentos ricos en carbohidratos y grasas, consumo de bebidas alcohólicas y ser fumador habitual; señalando además que se debe priorizar la utilización del enfoque preventivo promocional en el abordaje de la hipercolesterolemia; que también se ha valorado en el presente estudio.

Al respecto Escobedo, De Jesús, Schargrotsky y Champagne⁽⁸²⁾ identificaron que el sedentarismo, la obesidad, consumo de bebidas gaseosas, perímetro abdominal elevado y el alto consumo de alimentos ricos en grasas fueron los factores de riesgo que influyeron en el desarrollo de la hipercolesterolemia; estableciendo además que se

deben implementar políticas de salud orientadas a promover los estilos de vida saludables como medida de intervención frente a la problemática estudiada; que en cierta medida coincide con lo reportado en esta investigación.

Asimismo Arroyo⁽⁸³⁾ estableció que los factores que influyeron en la presencia de hipercolesterolemia y otras patologías cardiovasculares fueron el sedentarismo, seguido de dieta mediterránea de baja calidad, tabaquismo en el último mes y la obesidad, señalando además que es importante cuantificar los factores de riesgo, para poder afrontar y tratar esta problemática en el ámbito promocional preventivo.

Gómez y Sevillano⁽⁸⁴⁾ evidenciaron que los deficientes hábitos alimenticios se relacionaron con el desarrollo de la hipercolesterolemia en los grupos etáreos vulnerables; estableciendo además que a medida que se mejoran los hábitos alimenticios disminuyen los niveles de colesterol malo en la sangre.

Por su parte Torre⁽⁸⁵⁾ encontró que la obesidad fue el factor de riesgo cardiovascular que se relacionó de manera estadísticamente significativa con la hipercolesterolemia, recomendando la aplicación de estrategias de intervención orientadas a mejorar el estado nutricional de los grupos poblaciones vulnerables; que también se ha reportado en esta investigación.

Asimismo, Bustinza⁽⁸⁶⁾ halló que los factores de riesgo que influyeron significativamente con hipercolesterolemia fueron tener un consumo elevado de carbohidratos; elevado consumo de carnes rojas y grasas; el sedentarismo; consumo de bebidas alcohólicas; fumar

cigarros y tener antecedente de familiares de patologías cardiovasculares.

Mientras que Cárdenas⁽⁸⁷⁾ evidenció que la práctica del sedentarismo, la obesidad, síndrome metabólico, consumo de bebidas gaseosas y principalmente los hábitos alimenticios no saludables fueron los factores de riesgo modificables que influyeron en el desarrollo de la hipercolesterolemia; señalando además que es indispensable la difusión de las actividades promocionales como medida de prevención en el enfoque de la salud pública.

Respecto a las limitaciones de esta investigación, éstas básicamente se relacionan básicamente con el tipo de muestreo utilizado que imposibilita la generalización de los hallazgos encontrados y la inferencialización hacia otros grupos poblaciones de riesgo; y que además el Puesto de Salud fue elegido sin tener en cuenta la prevalencia de hipercolesterolemia en la jurisdicción de estudio, siendo indispensable realizar estudios similares que permitan tener una mejor comprensión de la problemática abordada; y mediante ello se puedan establecer con exactitud y precisión los diversos factores de riesgo que se asocian a la hipercolesterolemia en las poblaciones vulnerables, que permitiendo la formulación de estrategias de afrontamiento de esta patología de elevada prevalencia en los grupos etáreo en riesgo.

CONCLUSIONES

- ❖ Respecto a los factores de riesgo sociodemográficos que influyen en la Hipercolesterolemia, se identificó que ser mayor de 50 años [$X^2 = 4,212$; $p = 0,040$] y no tener pareja [$X^2 = 5,188$; $p = 0,023$] se asociaron significativamente con la presencia de Hipercolesterolemia en los adultos en estudio; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.
- ❖ En relación a los factores de riesgo no modificables que influyen en la Hipercolesterolemia, se encontró que tener antecedentes familiares de patologías cardiovasculares [$X^2 = 4,149$; $p = 0,042$] y tener antecedentes familiares de Diabetes Mellitus [$X^2 = 5,659$; $p = 0,017$]; se asociaron de manera significativa con la presencia de Hipercolesterolemia en los adultos en estudio; por ello, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.
- ❖ Y por último, en cuanto a los factores de riesgo modificables que influyen en la Hipercolesterolemia, se halló que el consumo de carbohidratos [$X^2 = 9,878$; $p = 0,002$]; consumo de carnes rojas [$X^2 = 7,882$; $p = 0,005$]; consumo de grasas y frituras [$X^2 = 6,801$; $p = 0,009$]; consumo de bebidas gaseosas [$X^2 = 7,660$; $p = 0,006$]; la práctica de sedentarismo [$X^2 = 7,143$; $p = 0,008$]; consumo de cigarros [$X^2 = 5,188$; $p = 0,023$]; tener sobrepeso u obesidad [$X^2 = 6,612$; $p = 0,010$] y tener perímetro abdominal elevado [$X^2 = 9,043$; $p = 0,003$] se asociaron de forma estadísticamente significativa con la Hipercolesterolemia en los adultos en estudio; por ello, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

RECOMENDACIONES

A los enfermeros investigadores.

- Se sugiere realizar estudios de tipo cuasi experimentales donde se evalúen la efectividad de las intervenciones educativas en la adopción de estilos de vida saludables como herramienta esencial en la prevención y tratamiento de la hipercolesterolemia.

Al director de la Red de Salud Leoncio Prado.

- Se sugiere que de manera periódica se promueva la realización de campañas de salud en la jurisdicción del estudio, que permita valorar los factores de riesgo y diagnosticar de manera oportuna los casos de hipercolesterolemia en los grupos etáreos vulnerables, para brindarle un tratamiento adecuado y oportuno

Al director del Puesto de Salud Puente Pérez.

- Se sugiere que de manera periódica se realicen campañas de despistaje de hipercolesterolemia en el establecimiento de salud, permitiendo identificar adecuadamente a los usuarios que presentan esta patología y brindarle el tratamiento respectivo de manera oportuna y eficaz.
- Implementar estrategias y programas educativos de prevención y control de la hipercolesterolemia en el ámbito de estudio; donde brinde a los usuarios información oportuna y adecuada respecto a la hipercolesterolemia, sus factores de riesgo y las medidas de prevención en el contexto familiar y social.

A los profesionales de Enfermería del Puesto de Salud Puente Pérez.

- Se sugiere que realicen sesiones educativas, talleres informativos y sociodramas dirigidos a la población en estudio, donde se le brinde

información oportuna respecto a los factores de riesgo de la hipercolesterolemia y se les sensibilice sobre la importancia de los estilos de vida saludables en la mejora del estado de salud y la calidad de vida de la población en general.

- Se recomienda que diseñen e implementen un programa integral de actividad física y hábitos alimenticios saludables en el Puesto de Salud Puente Pérez, como aspecto trascendental en la prevención y control de la hipercolesterolemia y otras patologías cardiovasculares.
- Se propone que diseñen folletos educativos dirigidos a los usuarios del Puesto de Salud Puente Pérez donde se les oriente sobre los factores de riesgo para el desarrollo de hipercolesterolemia y a su vez se promueva la adopción de estilos de vida saludables como aspecto fundamental en la prevención de alteraciones y enfermedades cardiovasculares.

A los usuarios con hipercolesterolemia.

- Se sugiere que acuden de forma permanente y continúa a sus controles médicos en el establecimiento de salud; permitiendo identificar de manera oportuna los factores de riesgo predisponentes para el desarrollo de la hipercolesterolemia, previniendo con ello la presencia de complicaciones que pueden alterar el estado de salud de las personas.
- Participar de manera activa en las sesiones y talleres educativos que brinden los profesionales de Enfermería respecto a la hipercolesterolemia, sus factores de riesgo, y medidas de prevención; poniendo en práctica estilos de vida saludables, como aspecto fundamental en la mejora del estado de salud y el acceso a una mejor calidad de vida.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gaziano J, Gaziano T. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. En: Longo D, Kasper D, Jameson J, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ava Edición: Mc Graw Hill – Interamericana, 2011.
2. Deusto Business School Health. Hipercolesterolemia: una llamada a la acción. Una revisión integral del impacto de la hipercolesterolemia. [Internet] [Consultado 13 de Marzo del 2017] Disponible en: https://dbs.deusto.es/cs/Satellite/dbs/es/hipercolesterolemia_llamada_documento.
3. Torre E. Prevalencia de Hipertrigliceridemia e Hipercolesterolemia en un Centro de Salud a 3200 msnm. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2017.
4. Organización Mundial de la Salud. Nota Descriptiva. Enfermedades Cardiovasculares. [Internet] [Consultado 14 de Marzo del 2017] Disponible en http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/.
5. Bustinza K. Factores predisponentes de enfermedades cardiovasculares en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Del Altiplano-Puno, Enero – Abril 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Nutrición Humana] Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2016.
6. Deusto Business School Health. Op. Cit., p. 5 – 7.
7. Sociedad Española de Arteriosclerosis. Documento de abordaje de la Dislipidemia. Clin Invest Arterioscl 2012; 24 (2): 40 – 52.
8. Organización Mundial de la Salud. Observatorio Mundial de Salud: Datos sobre Hipercolesterolemia, Ginebra, Suiza, OMS; 2017. [Internet] [Consultado 24 de Marzo del 2017] Disponible en: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/.
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas Perú Washington DC: OPS; 2016.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Lima: INEI; 2015.
11. Moncada A. Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores Angasmarca. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
12. Estefanía H. Causas y factores de riesgo de la hipercolesterolemia. [Internet]. [Consultado 25 de Marzo del 2017] Disponible en <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/hipercolesterolemia/causas-y-factores-de-riesgo-de-la-hipercolesterolemia>.

13. Evans P. Determinantes sociales en salud. 8va Edición. Venezuela: Interamericana; 2008.
14. Palacios E. Prevalencia de dislipidemias y su relación con el estado nutricional en docentes de 10 establecimientos educativos de Otavalo, Provincia de Imbabura, Marzo a Septiembre del 2007. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria] Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2007.
15. García M, García A. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en jóvenes de una institución universitaria. Revista de Salud Pública 2014, 14(5), 822 – 830.
16. Arroyo A. Prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en adultos jóvenes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos – Perú, 2017. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2017.
17. Adrianzen C, Villegas S. Descripción de los factores de riesgo cardiovascular modificables (obesidad, obesidad abdominal e hipercolesterolemia) de pacientes adultos del consultorio de nutrición del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI). [Tesis para optar el título de Licenciada en Nutrición y Dietética] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
18. Neciosup C. Factores asociados al no tratamiento de enfermedades cardiovasculares en personas mayores de 40 años. Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2011.[Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
19. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. [Internet] [Consultado 26 de Marzo del 2018] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>.
20. Robledo J, Siccardi L. Relación entre factores genéticos y medioambientales y la hipercolesterolemia en niños. Arch Argent Pediatr 2009; 107(6):488 – 495.
21. Escobedo J, De Jesús R, Schargrodsky H, Champagne B. Prevalencia de dislipidemias en la ciudad de México y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular. Resultados del estudio Carmela. Gaceta Médica de México. 2014; 150 (2):128 – 136.
22. Montiel A. Prevalencia de colesterol HDL-bajo asociado a otros factores de riesgo cardiovascular en una población adulta en la Policlínica del Hospital Central del Instituto de Previsión Central. 2013 [internet]. [Consultado 25 de Marzo del 2017] Disponible en <http://scielo.iics.una.py/scielo.php>
23. Arroyo A. Op. Cit., p.32.

24. Gómez P, Sevillano S. Malos hábitos alimenticios y su influencia en hiperglucemia e hipercolesterolemia en los comerciantes de un mercado del distrito de San Juan de Lurigancho - Julio 2017. [Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutica] Lima: Universidad Norbert Wiener; 2017.
25. Torre S. Prevalencia de hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia en un Centro de Salud a 3200 msnm. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano] Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2017.
26. Bustinza K. Factores predisponentes de enfermedades cardiovasculares en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, Enero – Abril 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Nutrición Humana] Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2016.
27. Adrianzen C, Villegas S. Op. Cit., p. 24.
28. Cárdenas A. Factores asociados a la descompensación del adulto mayor hipertenso atendido en el Programa del Adulto Mayor Hospital Tingo María de Julio a Setiembre 2016. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017.
29. Carbajal P. Relación entre los factores hereditarios y la hipertensión arterial en adultos de 30 – 60 años que acuden al Programa de Hipertensión del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2016. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017.
30. Orem D. Teoría del autocuidado. En: Maerriner T. Modelos y teorías en Enfermería. 5ta Ed. España: Mosby; 2005.
31. *Ibíd.*, p. 31.
32. Pender N. Modelo de Promoción de la Salud. En: Maerriner TA, Rayle – Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier – Mosby; 2007.
33. *Ibíd.*, p. 34.
34. Lalonde M. Determinantes de la Salud. [Internet] [Consultado 18 de septiembre del 2017] Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172011000400011&script=sci.
35. *Ibíd.*, p. 26.
36. *Ibíd.*, p. 27.
37. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Internet] [Consultado 25 de Marzo del 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
38. Sociedad Española de Arteriosclerosis. Op. Cit., p. 26.
39. Alonso F. Hipercolesterolemia. 2da Edición. México: Guadecon; 2012.

40. Organización Mundial de la Salud. Op. Cit., p. 35.
41. Ibíd., p. 36.
42. Ibíd., p. 37.
43. Cortés O. Hipercolesterolemia. Prevención y actualización del diagnóstico, tratamiento y seguimiento en Atención Primaria. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005.
44. Arráiz R, Benítez B, Amell A, Rangel L, Carrillo M, Mujica E, et al. Hipercolesterolemia y otros factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios como estrategia de prevención primaria Revista Latinoamericana de Hipertensión 2001 (6) (1): 8 – 13.
45. Arroyo A. Op. Cit., p. 13.
46. Evans P. Determinantes sociales en salud. 8va Edición. Venezuela: Interamericana; 2008.
47. Colorado J, Chaverra Z. Factores de riesgo cardiovascular, en las docentes adscritas a la Cooperativa del Magisterio del Choco, en la Ciudad de Quibdo, 2009. [Tesis para optar al título de Profesional en Ciencias del Deporte y la Recreación] Venezuela: Universidad Tecnológica de Pereyra; 2010.
48. Bustinza K. Op. Cit., p. 33.
49. Ibíd., p. 34.
50. Arráiz R, Benítez B, Amell A, Rangel L, Carrillo M, Mujica E, et al. Op. Cit., p.14.
51. Kriskovich J, Sánchez N, Lezcano M, Pavicich G, Ruiz R, García E. Hipercolesterolemia y factores de riesgos asociados: prevalencia en estudiantes de medicina entre 18 y 25 años. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Argentina: Universidad de la Plata; 2011.
52. Gómez P, Sevillano S. Op. Cit., p.18.
53. Ibíd., p. 19.
54. Aguilar E, Carballo A. Prevalencia de Hipercolesterolemia en adultos mayores de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica. 2012; 9(2): 1 – 10.
55. Barrera D. Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según los determinantes de la salud presentes en los choferes de transporte público 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
56. Colorado J, Chaverra Z. Factores de riesgo cardiovascular, en las docentes adscritas a la Cooperativa del Magisterio del Choco, en la Ciudad de Quibdo, 2009. [Tesis para optar al título de Profesional en Ciencias del Deporte y la Recreación] Venezuela: Universidad Tecnológica de Pereyra; 2010.

57. Secretaría de Salud de México. Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial. Primera Edición. México: Mc Graw Hill; 2001.
58. *Ibíd.*, p. 35.
59. Morán E. Factores de riesgo de la hipercolesterolemia en estudiantes universitarios, IV trimestre año 2005. [Tesis para optar el grado de Magister en Epidemiología] Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2007.
60. *Ibíd.*, p. 24.
61. Organización Mundial de la Salud. Op. Cit., p. 28.
62. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de Orientación. Ginebra: OMS; 2011.
63. Hernández M. Factores asociados al control de la hipertensión arterial sistémica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Centro de Salud Emiliano Zapata, 2012. [Tesis para obtener el grado de Especialista en Medicina Familiar] México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2013.
64. *Ibíd.*, p. 43.
65. Bustinza K. Op. Cit, p. 30.
66. Secretaría de Salud de México. Op. Cit, p. 31.
67. Mann Z, Libby B; Tratado de Cardiología, Consideraciones generales de las enfermedades cardiovasculares. Repercusión global de las enfermedades cardiovasculares. 2010; 1 (2): 1 – 20.
68. Bustinza K. Op. Cit, p. 21.
69. Morán E. Op. Cit., p. 28.
70. Gómez P, Sevillano S. Op. Cit., p. 35.
71. Montiel A. Op. Cit., p. 17.
72. Neciosup C. Op. Cit., p. 42.
73. Carbajal P. Op. Cit., p. 38.
74. Barrera D. Op. Cit., p. 49.
75. Machado J, Machado M. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con dislipidemia, afiliados al sistema de salud en Colombia. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(2): 205 – 211.
76. Aguilar Y. Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes del servicio de Medicina del Hospital José Agurto Tello – Chosica, Julio del 2009 a Julio del 2011. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2011.

77. Carbajal P. Op. Cit., p. 40.
78. Robledo J, Siccardi L. Op. Cit., p. 27.
79. Escobedo J, De Jesús R, Schargrotsky H, Champagne B. Op. Cit., p.134.
80. Robledo J, Siccardi L. Op. Cit., p. 482.
81. Montiel A. Op. Cit., p. 20'.
82. Escobedo J, De Jesús R, Schargrotsky H, Champagne B. Op. Cit., p.185.
83. Arroyo A. Op. Cit., p. 15.
84. Gómez P, Sevillano S. Op. Cit., p. 35.
85. Torre S. Op. Cit., p. 42.
86. Bustinza K. Op. Cit, p. 29.
87. Cárdenas A. Op. Cit., p.51.

ANEXOS

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE HIPERCOLESTEROLEMIA

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Factores de riesgo que influyen a la hipercolesterolemia en adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017”.

INSTRUCCIONES. Estimado(a) Sr (a): El presente instrumento forma parte de un estudio orientado a obtener información respecto a los factores que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos que acuden a este establecimiento de salud; por lo que a continuación se le proporcionan una serie de preguntas relacionadas a la problemática en estudio, que usted deberá responder marcando con un aspa (x) en los paréntesis según las respuestas que usted considere pertinentes; estas serán manejadas con confidencialidad por lo que se le solicita veracidad absoluta al contestar las interrogantes planteadas.

I. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Cuál es su edad?

_____ Años

2. ¿Cuál es tu sexo?

- a) Masculino ()
- b) Femenino ()

3. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero(a) ()
- b) Conviviente ()
- c) Casado(a) ()
- d) Separado(a) ()
- e) Viudo(a) ()

4. ¿Hasta qué grado de escolaridad ha estudiado usted?

- a) Sin estudios ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior Técnico ()

5. ¿A qué se dedica usted?

- a) Ama de casa ()
- b) Agricultor ()
- c) Trabajo dependiente ()
- d) Trabajo independiente ()

Especifique:

Especifique:

6. En promedio ¿Cuál es su ingreso económico familiar mensual?

- a) Bajo (Menos de 850 soles) ()
- b) Medio (De 850 a 1700 soles) ()
- c) Alto (Más de 1700 soles) ()

II. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES.

7. ¿Tiene usted algún familiar con antecedentes de enfermedades cardiovasculares?

- a) Si ()
- b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Qué enfermedad cardiovascular tuvo su familiar?

- a) Hipertensión arterial ()
- b) Infarto de miocardio ()
- c) Colesterol alto ()
- d) Dislipidemias ()
- e) Otros () **Especifique:**

8. ¿Tiene usted algún familiar que tiene o ha tenido diabetes?

- a) Si ()
- b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Quién es ese familiar?

- a) Padre ()
- b) Madre ()
- c) Abuelo(a) ()
- d) Hermano(a) ()
- e) Otros () **Especifique:**

9. ¿Usted sufre de Diabetes?

- a) Si ()
- b) No ()

10. ¿Tiene usted algún familiar que ha sido diagnosticado con hipercolesterolemia?

- a) Si ()
- b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Quién es ese familiar?

- a) Padre ()
- b) Madre ()
- c) Abuelo(a) ()
- d) Hermano(a) ()
- e) Otros () **Especifique:**

III. FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

11. ¿Consume usted alimentos ricos en carbohidratos como pan, camote, yuca, arroz, etc.?

- a) Si ()
- b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Con qué frecuencia consume usted este tipo de alimentos?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Algunas veces ()
- d) Nunca ()

12. ¿Consume usted carnes rojas como la carne de res, cerdo, embutidos, etc.?

- a) Si ()
- b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Con qué frecuencia consume usted este tipo de alimentos?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Algunas veces ()
- d) Nunca ()

13. ¿Consume usted frutas y verduras en su alimentación?

- a) Si ()
- b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Con qué frecuencia consume usted este tipo de alimentos?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Algunas veces ()
- d) Nunca ()

14. ¿Consume usted comidas ricas en grasas, frituras o comidas rápidas como pollo a la grasa, salchipapas, tacaco con chicharrón, etc?

- a) Si ()
- b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Con qué frecuencia consume usted este tipo de alimentos?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Algunas veces ()
- d) Nunca ()

15. ¿Consume usted bebidas gaseosas?

- c) Si ()
- d) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

- e) Siempre ()
- f) Casi siempre ()
- g) Algunas veces ()
- h) Nunca ()

16. ¿Realiza usted ejercicios de actividad física?

- a) Si ()
- b) No ()

En caso de respuesta afirmativa

¿Con qué frecuencia realiza ejercicios de actividad física?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Algunas veces ()
- d) Nunca ()

¿Cuánto tiempo dedica usted a realizar actividad física a la semana?

- a) Menos de 60 minutos ()
- b) De 1 a 4 horas ()
- c) Más de 4 horas ()

17. ¿Consume usted bebidas alcohólicas?

- a) Si ()
- b) No ()

En caso de respuesta afirmativa ¿Con qué frecuencia consume usted estas bebidas alcohólicas?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Algunas veces ()
- d) Nunca ()

18. ¿Fuma usted cigarrillos?

- a) Si ()
- b) No ()

En caso de respuesta afirmativa

¿Con qué frecuencia fuma usted cigarrillos?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) Algunas veces ()
- d) Nunca ()

¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?

_____ Cigarrillos.

19. ¿Cuántos kilos pesa usted?

_____ Kilos.

20. ¿Cuál es su talla?

_____ cm.

21. Diagnóstico de IMC

- | | |
|-----------------------|-----|
| a) Delgadez | () |
| b) Normal | () |
| c) Sobrepeso | () |
| d) Obesidad grado I | () |
| e) Obesidad grado II | () |
| f) Obesidad grado III | () |

22. ¿Cuánto mide su perímetro abdominal? (Evaluar con cinta métrica).

_____ cm.

Gracias por su colaboración...

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 02

FICHA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL PARA VALORACIÓN DE HIPERCOLESTEROLEMIA

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Factores de riesgo que influyen a la hipercolesterolemia en adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017”.

INSTRUCCIONES. Estimado colaborador: La presente ficha forma parte de un estudio orientado a recolectar información respecto a la hipercolesterolemia en los adultos que acuden a este establecimiento de salud, por lo que se solicita rellenar la información solicitada de acuerdo a la respuestas brindadas por las personas encuestadas y los hallazgos evidenciados en la historia clínica y los análisis de laboratorio respectivos, agradezco tu gentil colaboración.

I. DIAGNÓSTICO DE HIPERCOLERTEROLEMIA.

1. El paciente tiene diagnóstico de Hipercolesterolemia:

- a) Si tiene ()
- b) No tiene ()

2. El paciente recibe tratamiento para Hipercolesterolemia:

- a) Si ()
- b) No ()

3. El paciente se ha realizado el dosaje de colesterol en este año:

- a) Si ()
- b) No ()

4. Los resultados del último análisis bioquímico de sangre y del perfil lipídico del paciente son (Verificar en historia clínica):

- a) Colesterol total = _____ mg/dl.
- b) Colesterol HDL = _____ mg/dl.
- c) Colesterol LDL = _____ mg/dl.
- d) Colesterol VLDL = _____ mg/dl.
- e) Triglicéridos = _____ mg/dl.

Gracias por su colaboración...

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

"Factores de riesgo que influyen a la hipercolesterolemia en adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017"

- **Responsable de la investigación.**

Simón Ventura, Janeth.; alumna de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco – Sede Tingo María, celular N° 987801885.

- **Introducción / Propósito**

El propósito esencial del presente estudio se encuentra orientado a está orientado a identificar los factores de riesgo que influyen en la presencia de hipercolesterolemia en las personas adultas atendidas en este establecimiento de salud, que permitirá que se pueda conocer la situación de esta problemática en el ámbito de estudio y mediante ello se puedan proponer estrategias y programas de intervención orientadas a promover la prevención de la hipercolesterolemia y otras patologías de tipo cardiovasculares

- **Participación**

Participaran las personas adultas que acuden al Puesto de Salud Puente Pérez durante la aplicación de los instrumentos de investigación

- **Procedimientos**

Se le aplicará un cuestionario de factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia y una ficha de análisis documental para valoración de

la hipercolesterolemia. Sólo se tomará un tiempo aproximado de 20 minutos en el proceso de recolección de datos.

- **Riesgos / incomodidades**

No se presentará ningún efecto desfavorable para usted, si es que deciden no participar de la investigación; y tampoco tendrá que hacer gasto alguno durante el presente estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada respecto a la prevalencia de anemia y sus factores de riesgo en esta Institución Educativa, así como de implementación de programas de intervención educativa y de salud frente a esta problemática.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento.

El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho. Se le notificará sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación**

No recibirá ninguna compensación económica por su participación, por parte de la investigadora responsable del estudio. En el transcurso de la investigación usted podrá pedir información actualizada sobre los resultados obtenidos dentro del estudio a las personas responsables de la investigación.

- **Confidencialidad de la información**

La información obtenida será guardada de manera confidencial en los archivos de la universidad de procedencia. No se publicarán nombres de ningún tipo; por ello, se puede garantizar confidencialidad absoluta si usted decide participar en esta investigación.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al

Email: Janeth_sv@hotmail.com o comunicarse al Cel. 987801885.

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar de manera voluntaria en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída; y también he tenido la oportunidad de preguntar mis dudas e inquietudes al respecto; las cuales han sido absueltas en su totalidad.

Consiento voluntariamente participar en este investigación y comprendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento del proceso de recolección de datos sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Firma del entrevistado(a)

Firma de la investigadora:

Huánuco, a los... días del mes de..... del 2017

ANEXO 04

CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo Yanina Cartagena Rivera. Con DNI
N° 42766197 de profesión Lic. en Eng. trabajando en la institución
Hospital de Tingo Maria

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación:

Para efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

.....
.....
.....
.....
.....

En Tingo Maria a los.... Días del mes de..... del 2017

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL TINGO MARIA

.....
 Lic. Eng. Yanina Cartagena Rivera
CEP: 48990

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo, Robert León Pozo Con DNI
N° 43311797 de profesión lic. enf. trabajando en la institución
Hospital Tingo Maria.

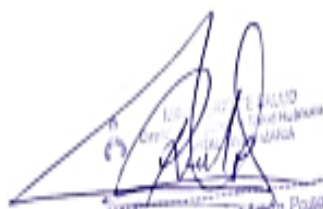
Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación:

Para efectos de su aplicación,

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

En Tingo Maria a los ²⁰ Días del mes de Junio del 2017


Robert Alejandro León Pozo
LICENCIADO EN ENFERMERIA
C.E.P. 02000

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo Roberto Reátegui Ruiz Con DNI
N° 72967863 de profesión Lic: CNP trabajando en la institución
H.T.M. Criminología

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación:

Para efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

Años

.....
.....
.....
.....
.....

En Tingo Maria a los 02 Días del mes de Noviembre del 2017.


REINTEGRANTE PARTIDO
INTEGRACIÓN SOCIAL, CULTURAL Y DEPORTIVA
Lic. Roberto Reátegui Ruiz
JEFE UNIDAD DE CRIMINOLOGÍA Y SALUD ACIDENTAL

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo EPISTOLAL ALCORJA SALDANA Con DNI 8220123
N° 23016873 de profesión ENFERMERA trabajando en la institución
H 94 - HAPAZA

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación:

Para efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

NINGUNA

En Tingo Maria a los 3 días del mes de Junio del 2017

E. Alcorja
Enfermera
H 94 - HAPAZA

CONSTANCIA DE VALIDACION

Yo MARION MACHUCA CACERES Con DNI N° 23008761 de profesión CONFERENCIERA trabajando en la institución HOSPITAL TINGA MORIA

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación:

Para efectos de su aplicación

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:




0970 9200 - 0970 9200

En Tingo Maria a los 21 Días del mes de Abri del 2014.

William Marbury, Clerk
U.S. Supreme Court
SEP 1817

ANEXO 05

OFICIO INSTITUCIONAL DE AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN

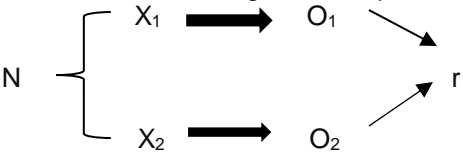
	GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO RED DE SALUD LEONCIO PRADO <i>"Año del Buen Servicio al Ciudadano"</i> <i>"Año del Turismo Comunitario para el Desarrollo de la Región Huánuco"</i>	
Tingo María, 19 de Diciembre del 2017		
CARTA Nº <u>322</u> -2017-GRHCO-DRS-HCO/RSIP-DE.		
SEÑORA: JANETH SIMON VENTURA, PP.JJ. Pedro Abad Saavedra – Tingo María.		
ASUNTO :	AUTORIZACION PARA EJECUCION DE TRABAJO DE INVESTIGACION.	
REF. :	SOLICITUD EXP:584228 DOC:846076	
<p>Mediante la presente, y habiéndose visto el documento de la referencia, se le AUTORIZA a usted a realizar la recolección de datos para la ejecución de su trabajo de investigación sobre los "FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN A LA HIPERCOLESTEROLEMIA EN ADULTOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD DE PUENTE PEREZ – MARIANO DAMASO BERAUN 2017", así mismo colaborando en la optención de su Título de Licenciada en Enfermería.</p> <p>Sin otro particular me suscribo de usted, reiterándole las muestras de mi especial consideración y estima personal.</p> <p style="text-align: center;">Atentamente,</p> <div style="text-align: center;"> Directora Regional de Salud Huánuco Dr. María Elena Gómez Dr. María Elena Gómez</div> <div><div><p>Adjunto (s) /i/ folios MPG/KCCS/RSIP/Ince Cc: Archivo, Interesados T.M. 19/12/17</p></div><div><p><i>Juntos por una región saludable.</i></p></div><div><p>Av. Ucayali N° 840 Tingo María - Peru Teléfono: 053 862514 Central Telefónica 053 862314 E-mail: redleoncoprado@redgob.gob.pe</p></div></div>		

ANEXO 06

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES		
Problema general: ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017?	Objetivo general: Determinar los factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia en adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.	Hipótesis general: Hi: Los factores de riesgo sociodemográficos, modificables y no modificables influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017. Ho: Los factores de riesgo sociodemográficos, modificables y no modificables no influyen en la hipercolesterolemia en los adultos atendidos en el Puesto de Salud Puente Pérez – Mariano Dámaso Beraún, Tingo María 2017.			
Problemas específicos: ¿Cuáles son factores de riesgo sociodemográfico s que influyen en la hipercolesterolemi a en los adultos en estudio? ¿Cuáles son los	Objetivos específicos: Describir los factores de riesgo sociodemográficos que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio. Identificar los	Hipótesis específicas: Hi₁: Los factores de riesgo sociodemográficos influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio. Ho₁: Los factores de riesgo sociodemográficos no influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio. Hi₂: Los factores de riesgo	VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
			Factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia	Factores Sociodemográficos	Edad
					Sexo
					Estado Civil
					Grado de escolaridad
					Ocupación
					Ingreso económico
				Factores no modificables	Antecedentes de familiares con patologías cardiovasculares
					Antecedentes de familiares con Diabetes
					Tener diagnóstico de Diabetes
					Antecedentes de familiares con colesterol alto
				Factores modificables	Consumo de carbohidratos
					Consumo de carnes
					Consumo de frutas y verduras
					Consumo de grasas y frituras
					Consumo de bebidas gaseosas
					Sedentarismo
					Consumo de bebidas alcohólicas
Consumo de cigarrillos					

factores de riesgo no modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio? ¿Cuáles son los factores de riesgo modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio?	factores de riesgo no modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio. Conocer los factores de riesgo modificables que influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.	no modificables influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio. Ho₂ : Los factores de riesgo no modificables no influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio. Hi₃ : Los factores de riesgo modificables influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio. Ho₃ : Los factores de riesgo modificables no influyen en la hipercolesterolemia en los adultos en estudio.			IMC
					Perímetro Abdominal
			VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
			Hipercolesterolemia	Diagnóstico de hipercolesterolemia	Si tiene : > 200 mg/dl. No tiene ≤ 200 mg/dl.

DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>TIPO DE ESTUDIO: Relacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Según el análisis, alcance de resultados e intervención de la investigadora: Observacional. - De acuerdo a la planificación de la recolección de datos: Prospectivo. - Por el número de ocasiones en que se mide la variable en estudio: Transversal - Según el número de variables de estudio: Analítico <p>Diseño de estudio: El diseño de aplicación en el trabajo de investigación fue el diseño descriptivo correlacional en el siguiente esquema.</p>  <p>Dónde: N : Muestra de adultos en estudio X₁ : Factores de riesgo X₂ : Hipercolesterolemia O₁ : Observación 1. O₂ : Observación 2. r : Relación entre las variables.</p>	<p>POBLACION La población considerada para el presente estudio estuvo conformada por todos los adultos que acudieron al Puesto de Salud Puente Pérez, durante el periodo comprendido entre los meses de Junio a Diciembre del año 2017; que según datos obtenidos de los registros diarios de este establecimiento de salud, fueron en total 60 personas adultas.</p> <p>MUESTRA Por ser una población pequeña se incorporó como muestra de la investigación a la población total de estudio, que como se especificó anteriormente fueron en total 60 personas adultas atendidas en este establecimiento de salud.</p>	<p>PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS: Cuestionario de identificación de factores de riesgo que influyen en la hipercolesterolemia. Ficha de análisis documental para valoración de hipercolesterolemia</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis descriptivo: Se detallarán las características de cada una de las variables en estudio, teniendo en cuenta el uso de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. • Análisis inferencial. Para la contratación de las hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica del Chi Cuadrado de independencia para establecer la relación entre las dos variables en estudio con una probabilidad de $p < 0.05$.